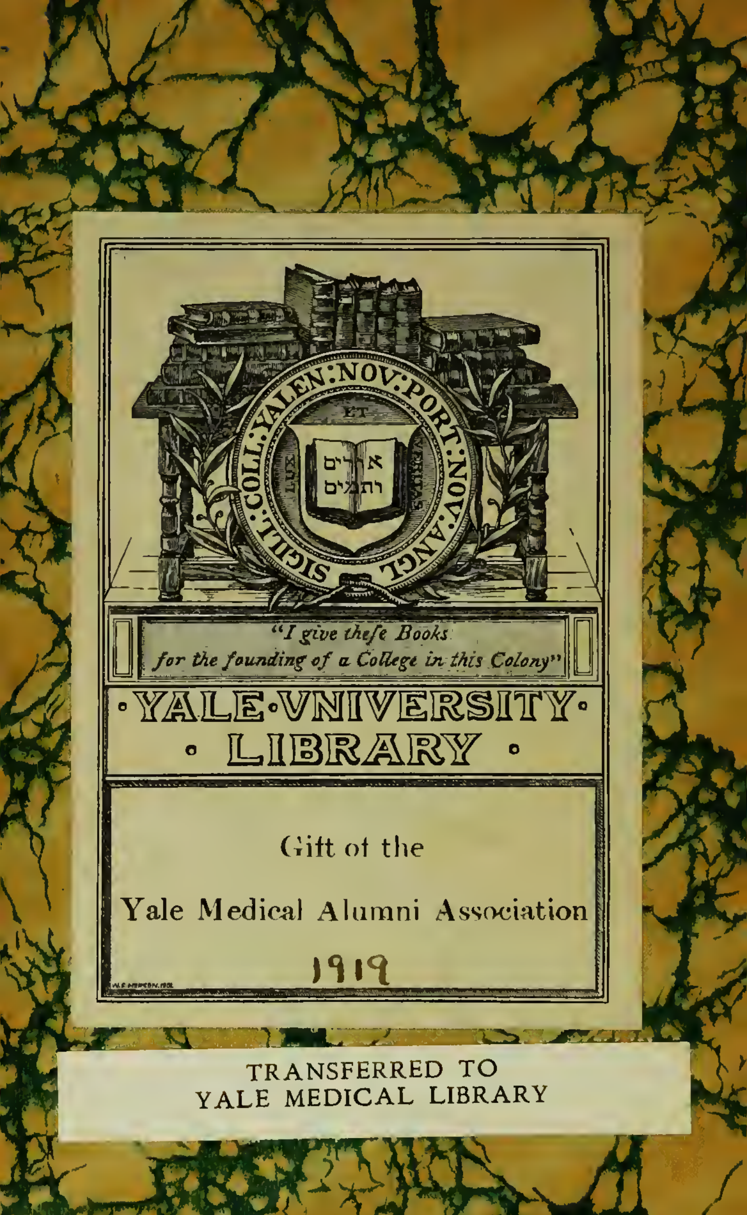
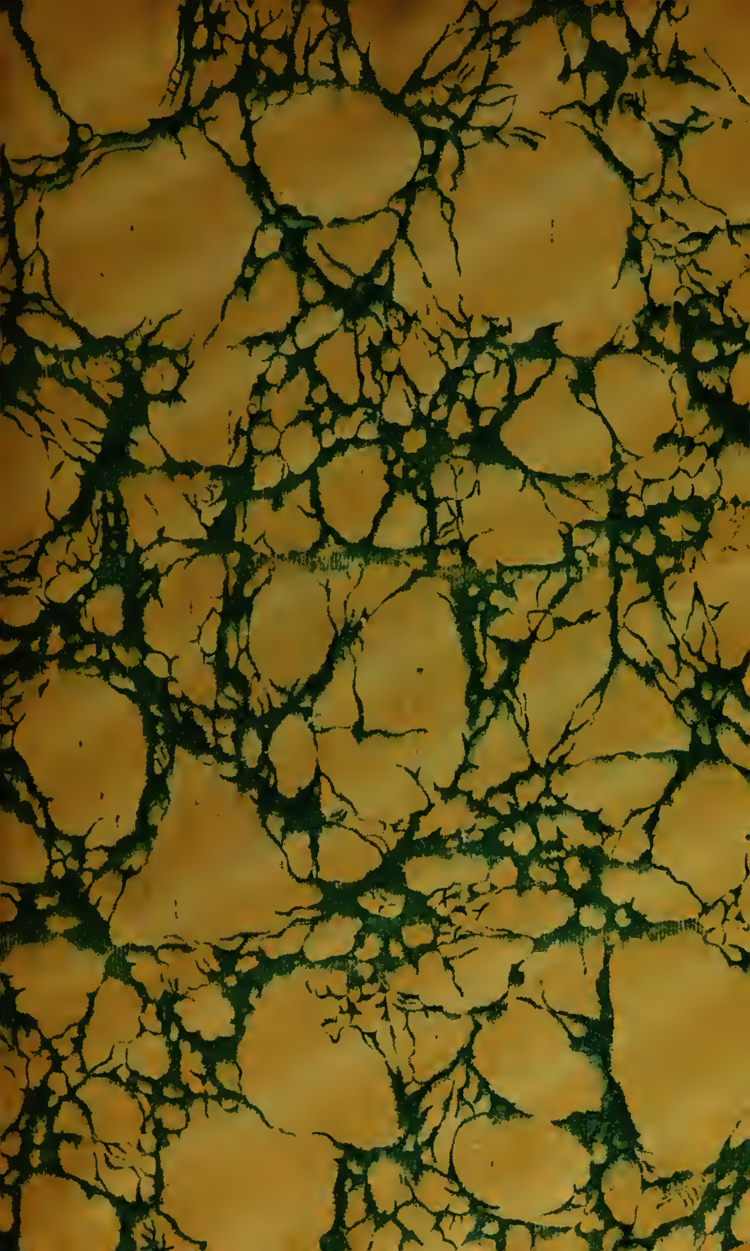




COLLECTION HORIZON
PRÉCIS DE MÉDECINE ET
DE CHIRURGIE DE GUERRE

TRAITEMENT DES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

PAR

G. ROUSSY, J. BOISSEAU, M. d'ŒLSNITZ
Agrégé à la Faculté de Paris — Ancien Interne des Hôpitaux — Ancien Interne des Hôpitaux

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe
1918

LE TRAITEMENT
DES PSYCHONÉVROSES

AVANT-PROPOS

Ce Précis forme une suite à celui des « Psychonévroses de Guerre », que l'un de nous (Roussy) a publié avec Lhermitte. Le succès de cette collection Horizon en a rapidement épuisé la première édition. Des difficultés d'ordre matériel ont empêché de faire paraître une seconde édition, difficultés que sont encore venus accentuer le long éloignement réciproque des auteurs et l'orientation différente donnée par les circonstances à leurs Centres Neurologiques respectifs. Une intime collaboration, sinon d'idées, du moins de faits, devenait ainsi quasi impossible.

Appelés successivement et à des titres divers au Centre Neurologique de la 7e Région dont l'un de nous prenait la direction et amplifiait l'activité dès janvier 1917, et convaincus de la nécessité de poursuivre la lutte prophylactique contre l'Hystérie durant la période que nous traversons, nous avons pu assurer le fonctionnement d'un Centre de Rééducation, d'un type nouveau pour le traitement des Psychonévroses de Guerre à l'Intérieur. En intime communion d'idée nous y avons poursuivi la

tâche, souvent ingrate, de récupérer des « fonctionnels » : hystériques récents, ou anciens et rebelles.

L'observation poursuivie pendant seize mois et portant sur plus d'un millier de malades de cette catégorie nous a fourni de nombreux documents qui, pour la plus grande partie, sont venus entièrement confirmer les faits que l'un de nous avait observés depuis le début de la guerre, et les idées qu'il avait émises avec Lhermitte dans les « Psychonévroses de Guerre ». Quelques-uns au contraire sont apparus nouveaux, soit en raison du lieu d'observation (Centre Neurologique de l'Intérieur), soit en raison de travaux récents portant sur les Troubles Nerveux dits « réflexes », dont les exemples cliniques ne s'observent qu'exceptionnellement dans les Centres Neurologiques d'Armée.

C'est à l'étude de cette seconde catégorie de faits que depuis un an et demi nous nous sommes particulièrement attachés.

De ce travail commun, de nos causeries nombreuses, de nos discussions toujours amicales, mais souvent passionnées, est né, peu à peu, un faisceau de vues et d'idées que nous voudrions tenter aujourd'hui de lier en gerbe en exposant ici le Traitement des Psychonévroses de Guerre.

INTRODUCTION

Si nous employons ici le terme de Psychonévrose comme l'ont fait G. Roussy et J. Lhermitte dans leur volume sur les *Psychonévroses de guerre*, c'est pour souligner le lien qui unit ce nouveau Précis au précédent, dont il forme en quelque sorte une suite et une étude complémentaire. C'est aussi pour faire ressortir à nouveau la part qui revient à l'élément psychique dans la genèse des accidents nerveux dont nous aurons à nous occuper : origine souvent évidente, parfois plus difficile à dépister, mais qu'il est toujours important de rechercher, de savoir reconnaître, puisque c'est cet élément psychique qui conditionne le traitement par la psychothérapie.

Mais il est à remarquer que le cadre des Psychonévroses dépasse de beaucoup en étendue les limites que nous avons cru devoir lui donner dans ce petit volume. En effet, les Psychonévroses comprennent non seulement les accidents hystériques proprement dits, mais encore les états neurasthéniques, psychasthéniques, émotifs, allant même jusqu'aux petits états confusionnels ou mélancoliques, c'est-à-dire aux confins des troubles psychopathiques auxquels ils sont si souvent mêlés.

Ici, pour rester sur le terrain essentiellement pratique et pour nous conformer au plan général suivant lequel ont été conçus les Précis de cette Collection Horizon, nous avons voulu nous borner à l'étude des troubles nerveux fonctionnels les plus fréquemment

observés dans les Centres Neurologiques militaires de la zone des armées ou de l'intérieur, et principalement à ceux que nous avons été à même d'observer et de traiter depuis plus d'un an et demi dans notre Centre spécial des Psychonévroses de la Station neurologique de Salins; à ceux pour lesquels on obtient le meilleur rendement thérapeutique; à ceux enfin auxquels s'adressent les méthodes de psychothérapie que nous aurons à exposer telles qu'elles nous ont été inspirées par les besoins du temps présent. Cette catégorie de manifestations morbides répond, en somme, à la plus importante des Psychonévroses observées durant cette guerre, c'est-à-dire aux accidents d'ordre hystérique. Troubles hystériques, pithiatiques, fonctionnels, névropathiques, psychonévrosiques ou d'habitude, tels sont les vocables sous lesquels on pourra les ranger et qui serviront, en fin de compte, à désigner une même entité morbide.

Nous ne saurions aborder l'étude du traitement avant d'avoir résumé l'*Evolution* et défini les *Conceptions actuelles* concernant ces manifestations pathologiques.

Un *Aperçu clinique* nous a paru le prélude indispensable de cet ouvrage. Ainsi, le débutant trouvera retracés ici, les aspects cliniques les plus habituels des troubles psychonévrosiques susceptibles d'être traités et guéris durant la guerre. Parmi eux, les uns classiques et depuis longtemps connus, ont été simplement multipliés par les conditions du temps présent. Les autres plus spéciaux à la pathologie de guerre (mains figées ou pieds bots, contractures du coude et du genou, de l'épaule et de la hanche) sont encore discutés quant à leur pathogénie et à leur curabilité. Leur description sera donc plus complètement analysée et nous apporterons à leur sujet, la contribution de notre expérience

personnelle, au moins pour la part capable d'influencer leur traitement.

Pour tenter de provoquer la disparition d'un trouble pathologique, il est indispensable de connaître les lois qui ont présidé à son apparition, à son évolution, à sa stabilisation. C'est pourquoi nous essayerons d'esquisser l'*Histoire étiologique* de l'accident névropathique en temps de guerre ; d'établir comment, sous quelles influences et dans quelles conditions il naît ; comment, pourquoi et dans quel sens il évolue ; toutes notions qui seront précieuses à connaître quand, voulant réaliser le cheminement inverse, le médecin tentera d'en provoquer la disparition.

La *Prophylaxie* de ces accidents nerveux est d'une importance capitale. Plus encore que pour toute autre affection elle domine l'action thérapeutique. On ne luttera jamais plus efficacement contre les Psychonévroses de guerre, qu'en s'efforçant d'en limiter l'éclosion, d'en atténuer le développement. Tous les médecins, dans tous leurs postes, à l'avant comme à l'arrière, dans toutes les spécialités, peuvent et doivent coopérer à cette œuvre de salubrité mentale. Plus cette formule sera admise, plus elle sera mise en pratique, et plus la tâche du thérapeute sera simplifiée C'est la mise en œuvre de cette prophylaxie qui, pour une grande part, aidera à résoudre un problème neurologique du temps présent : l'encombrement des centres régionaux par de nombreux hystériques anciens et invétérés.

A l'heure actuelle, c'est par le *Traitement* systématique inlassable de ces malades que l'on répondra aux nécessités les plus immédiates. Les traitements appliqués aux Psychonévroses de guerre ont été multipliés, s'inspirant des variables tendances individuelles. Toutes les méthodes sont bonnes qui tendent au même but : la

large récupération des invalides nerveux purement fonctionnels. Nous aurions pu énumérer ici les différentes méthodes thérapeutiques appliquées et décrites depuis la guerre ; mais dans le cadre restreint de ce livre, il nous eût été impossible de donner à chacune d'elles un développement suffisant, et nous n'aurions peut-être pas réussi à en donner une idée aussi exacte que les auteurs qui les ont préconisées. Aussi nous bornerons-nous à décrire plus longuement le procédé psychothérapique que nous avons personnellement mis en œuvre. Nous ne prétendons nullement apporter ici un traitement type des Psychonévroses de guerre ; nous croyons, au contraire, que chacun doit y apporter sa note personnelle et que les modes d'action peuvent, dans leurs détails d'application, varier à l'infini. Mais nous pensons que la description analytique et complète d'une méthode thérapeutique longuement vécue, mise en parallèle avec les résultats qu'on en a retirés, réalisera au moins pour le débutant une ligne de conduite sur laquelle il pourra greffer ensuite ses inspirations personnelles.

L'étude analytique des résultats thérapeutiques et particulièrement du mode de disparition d'un accident nerveux est de nature à faire mieux comprendre le mécanisme d'apparition et d'évolution de ce trouble pathologique. C'est en ce sens que notre *Conception pathogénique* de certains troubles nerveux, révélés par la guerre, est née de l'impression de large curabilité que nous avons retirée de leur traitement systématique. C'est pour cette raison, c'est parce que ces notions pathogéniques ont été déduites du traitement, c'est parce qu'à leur tour elles influeront sur l'idée que l'on se fera des limites, de la puissance et de l'efficacité de ce traitement, que nous avons donné dans ce livre une

extension — au premier abord hors de proportion — à ce chapitre de pathogénie.

Le Pronostic et surtout *l'Avenir militaire* des Psychonévrosés de guerre posent peut-être un des problèmes les plus complexes et les plus difficilement solubles qui se présentent à l'heure actuelle. C'est cependant par ce chapitre que nous croyons devoir terminer cette étude. Faire disparaitre un trouble fonctionnel, obtenir le retour d'une fonction antérieurement nulle ou insuffisante est chose fréquemment et parfois facilement réalisable. Au contraire, affirmer que la guérison se maintiendra, qu'elle résistera à toutes les conditions adverses, chez des sujets à mentalité déficiente, ce serait formuler une opinion plus audacieuse. Nous nous sommes efforcés de démontrer dans quelle mesure et avec quelles restrictions l'on était en droit de compter sur l'utilisation militaire des sujets traités et « guéris » d'accidents psychonévrosiques nés de la guerre.

Le travail que nous publions aujourd'hui est, plutôt qu'une œuvre didactique, le résumé et la conclusion temporaire d'une activité médicale de guerre. Sans doute il se ressent des conditions, de l'heure où il a été élaboré ; sans doute n'aura-t-il pas les qualités d'une étude longuement mûrie. Nous croyons cependant qu'au moment présent une publication même hâtive n'est pas inopportune quand elle a pour but d'ajouter à l'œuvre commune quelques arguments en faveur de la curabilité d'accidents sans cesse renaissants du fait de la guerre.

Nous espérons donc, que le mobile pratique, militaire et social qui nous a guidés, fera accepter au lecteur les imperfections que ce livre peut encore contenir.

Besançon-Salins.
Juin 1918

CHAPITRE PREMIER

APERÇU CLINIQUE (1)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES GÉNÉRALES

Le cadre restreint de ce livre ne nous permet pas de décrire en détail les différentes conceptions cliniques de l'Hystérie d'avant guerre. Nous nous bornerons à les rappeler très brièvement pour insister davantage sur les faits nouveaux que la guerre a fait éclore.

Dans la conception ancienne, illustrée par les travaux de Charcot, l'Hystérie était, on le sait, « la grande simulatrice ». Elle pouvait tout imiter, tout réaliser y compris les affections organiques dont elle arrivait à revêtir tous les caractères cliniques, en particulier les modifications des réflexes. C'était sur la présence des « stigmates » que l'on s'appuyait pour établir l'origine hystérique d'un accident nerveux.

M. Babinski, en démembrant l'hystérie ancienne, eut le grand mérite d'apporter de l'ordre et de la clarté dans cette question jusque-là fort obscure. Il précisa les limites de l'hystérie, montra ce qui lui appartenait et ce qui devait en être éliminé, et il donna en 1912 du « Pithiatisme » la définition suivante :

« L'hystérie est un état pathologique se manifestant par des

(1) Nous avons résumé très sommairement d'après Roussy et Lhermitte *(Psychonévroses de guerre*; *coll. Horizon* 1917 ; *épuisé en Librairie)* les principaux signes des différents types cliniques, pour nous étendre plus longuement sur certaines formes de contractures des membres particulièrement étudiées dans ces derniers temps.

« troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion, chez « certains sujets, avec une exactitude parfaite et qui sont sus- « ceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion (con- « tre-suggestion) seule ».

En montrant que l'hystérie « n'a pas d'action appréciable sur les réflexes, qu'elle ne peut ni les exagérer, ni les diminuer » ; en décrivant toute une série de signes appartenant aux paralysies organiques et faisant défaut dans les paralysies hystériques (signes de l'orteil, signe du peaucier, flexion combinée de la cuisse et du tronc, hypotonicité musculaire, etc.) M. Babinski a permis d'établir un diagnostic différentiel précis entre les affections organiques du système nerveux et les accidents pithiatiques.

Ce qui permettra de faire le diagnostic de la nature pithiatique d'un accident nerveux, ce n'est pas seulement ses caractères cliniques positifs, ce n'est pas la présence des stigmates, c'est ce fait qu'il ne se traduit pas par les signes caractéristiques des affections organiques. Le diagnostic sera confirmé si cet accident peut être reproduit dans sa forme, son intensité, sa durée, par la suggestion, et s'il peut disparaître sous l'influence de la persuasion seule.

Telle était, très brièvement résumée, la conception clinique de l'hystérie, adoptée dans ces dernières années par la majorité des auteurs, à la suite des travaux de M. Babinski.

La guerre, en multipliant les accidents d'origine nerveuse, a paru donner naissance à des faits nouveaux sur lesquels MM. Babinski et Froment ont attiré l'attention dès 1915 et qu'ils ont minutieusement décrits dans un livre de cette Collection. Ces faits doivent, d'après ces auteurs, être distingués à la fois des affections organiques du système nerveux et des manifestations hystériques.

Comme il s'agit là de questions récentes, nées de la pathologie de guerre, encore à l'étude et très discutées, nous insisterons plus longuement sur elles.

« Parmi les accidents nerveux constatés en Neurologie de guerre, disent MM. Babinski et Froment, il convient de mettre à part un groupe de faits assez nombreux qui se présentent sous des aspects cliniques particuliers, et qui ont une véritable autonomie. Il s'agit de contractures, de paralysies ou d'états paré-

tiques qui se développent consécutivement à des traumatismes. Ces troubles de motilité ne s'accompagnent d'aucun des signes qui appartiennent en propre aux affections organiques classées, aux lésions du système nerveux central ou périphérique et aux lésions des gros troncs vasculaires. Ils se rapprochent par certains traits des manifestations hystériques : la lésion qui les a causés paraît parfois minime, hors de proportion avec les désordres fonctionnels qui en résultent : ils la débordent, s'étendent en amont, ne répondent à aucun territoire anatomique connu ; et cependant ces accidents sont d'une grande tenacité, et contrairement aux phénomènes pithiatiques, ils résistent à la contre-suggestion.

« Ces accidents se distinguent des manifestations hystériques par divers caractères sémiologiques, qui, il est vrai, ne sont pas toujours réunis.

« Outre la contracture et la paralysie ou parésie, qui peuvent s'associer, tout en se localisant habituellement dans des segments différents du membre, on constate lorsque le syndrome est complet : de l'atrophie musculaire, de l'exagération des réflexes tendineux ; des modifications des réflexes cutanés pouvant aller jusqu'à l'irréflectivité ; de l'hypotonie ; de la surexcitabilité mécanique des muscles avec lenteur de la secousse musculaire ; des modifications quantitatives de l'excitabilité électrique des muscles (surexcitabilité ou subexcitabilité sans réaction de dégénérescence) ; de la surexcitabilité mécanique et parfois électrique des nerfs ; des troubles de la sensibilité objective et subjective (anesthésie et douleurs) ; des troubles de la régulation thermique (surtout de l'hypothermie) et de la régulation vaso-motrice (cyanose, teinte rouge saumon, diminution de l'amplitude des oscillations à la périphérie du membre, lorsque la température ambiante est basse) ; des troubles secrétoires et enfin des troubles trophiques divers du système osseux, de la peau et des phanères.

« Ces différents symptômes forment des combinaisons qui varient suivant le nombre, le mode d'association et l'importance même de chacun des éléments constituants. Il en résulte des types cliniques divers qui, malgré leurs dissemblances, paraissent constituer une même famille, et représenter une espèce nosologique.

« Nous exposerons plus loin les raisons pour lesquelles il nous semble permis de considérer ces accidents comme étant d'ordre réflexe et nous dirons ce que l'on doit entendre par cette expression. Mais en admettant même que cette pathogénie soit encore contestable, les troubles en question, quelle que soit la dénomination qu'on leur donne, constituent, et c'est là l'essentiel, un groupe à part, intermédiaire, en quelque sorte entre les affections organiques à proprement parler et les désordres hystériques.

« Ce sont des phénomènes qu'il serait permis d'appeler « physiopathiques », terme devant exprimer l'idée que, d'une part ni l'hystérie, ni aucun état psychopathique ne peuvent les produire ; que d'autre part tout en traduisant une perturbation physique, matérielle du système nerveux, ils ne semblent pas correspondre généralement à une lésion nerveuse susceptible d'être décelée par les moyens d'investigation dont nous disposons ».

MM. Babinski et Froment décrivent comme types cliniques principaux :

1° Au membre inférieur : la paralysie amyotrophique du quadriceps ; la contracture des muscles pelvitrochantériens associée à une parésie du pied ; contracture en flexion de la jambe ; contracture et parésie du pied ; pieds bots et griffes des orteils.

2° Au membre supérieur · Contracture de l'avant-bras en flexion et pronation avec parésie des extenseurs de la main et contracture des fléchisseurs ; main d'accoucheur ; contracture de la main de divers types ; paralysie ou parésie hypotoniques de la main et des doigts.

« De même qu'il existe des associations hystéro-organiques, il peut exister des associations organo-réflexes et hystéro-réflexes.

« Les associations morbides sont en effet très communes et viennent singulièrement compliquer le problème » (Babinski et Froment).

Si, pour notre part, nous adoptons les idées nouvelles émises par M. Babinski sur l'Hystérie avant la guerre, nous ne partageons pas l'opinion qu'il a soutenue, en collaboration avec M. Froment, sur la nature des Troubles réflexes.

Nous en tenant à la définition que M. Babinski a donnée de

l'Hystérie en 1901, nous considérons le trouble nerveux d'ordre réflexe comme un accident pithiatique primitif associé à des troubles hystériques secondaires (ceux-ci se caractérisant par ce fait qu'ils sont étroitement subordonnés au trouble pithiatique primitif). Et si, pour éviter toute confusion, on élimine aujourd'hui de l'hystérie ce que l'on appelait autrefois les accidents hystériques secondaires, alors on peut dire, pensons-nous, que le trouble réflexe est une association hystéro organique, l'élément organique étant la conséquence, chez des sujets prédisposés (terrain circulatoire spécial, lésions musculaires directes, etc.) de l'élément moteur pithiatique (1).

Pour ces raisons nous étudierons dans ce volume les troubles dits réflexes, au même titre que les diverses manifestations hystériques. Cette façon de voir a pour conséquence, non seulement des considérations d'ordre théorique, mais surtout des déductions pratiques : elle commande la conduite à suivre dans le Traitement et la Prophylaxie des Psychonévroses de guerre.

§ 1. — TROUBLES PSYCHO-MOTEURS LOCALISÉS A LA TOTALITÉ D'UN OU DE PLUSIEURS MEMBRES

Hémiplégie. Monoplégie. Paraplégie

L'hémiplégie hystérique ordinairement **flasque**, se traduit exceptionnellement par une paralysie motrice absolue des membres supérieur et inférieur. La marche est possible au moyen d'une canne ou de béquilles et se fait en draguant, le membre inférieur raclant le sol avec la pointe du pied, le tronc s'inclinant et plongeant à chaque pas sur le membre parésié. La face est ordinairement respectée.

Les troubles de la sensibilité objective (hémianesthésie hystérique) sont fréquents

L'hémiplégie hystérique avec contracture ou mieux l'**hémi-contracture hystérique** se développe *uno tempore* ; brusquement les membres semblent s'enraidir, sans phase préalable de paralysie

(1) Nous analyserons plus loin (voir chapitre V) les raisons qui nous ont conduit à cette conception.

flasque contrairement à ce qui a lieu dans l'hémiplégie spasmodique organique.

Cette hémi-contracture se développe suivant deux aspects :

a) L'un caractérisé par une contracture intense des membres supérieur et inférieur rendant tout mouvement passif impossible (membre inférieur en extension, pied en varus équin ; membre supérieur en flexion ou plus rarement en extension).

b) L'autre dans lequel l'hémiplégie apparaît tout ensemble spasmodique et flasque. Spasmodique par l'attitude du membre inférieur contracturé soit en flexion, soit en extension. Flasque par celle du membre supérieur pendant inerte le long du corps. La face reste indemne.

Ce qui permettra de poser le diagnostic d'hémiplégie hystérique c'est l'absence de tous signes organiques et en particulier de ceux qu'a décrits Babinski (signe du peaucier, hypotonicité musculaire, flexion combinée de la cuisse et du tronc, exagération vraie des réflexes avec trépidation épileptoïde, signe de l'orteil ou de l'éventail, etc.).

Monoplégie brachiale. — Elle peut affecter deux types :

1° Dans le **type flasque** la paralysie est complète et absolue; aucun mouvement actif n'est possible ; le membre supérieur est tombant, oscillant comme une masse inerte le long du corps quand le malade se déplace.

L'épaule est abaissée, l'avant-bras en extension passive, la main également en extension avec les doigts allongés et en adduction. Le malade est incapable de faire le mouvement élémentaire le plus simple. S'il essaye on voit parfois se dessiner sous la peau une ondulation, un tressaillement musculaire, souvent dans des muscles qui logiquement ne doivent pas participer au mouvement commandé (fait important pour le diagnostic).

2° Le **type avec contracture** sera décrit plus loin (voir page 21).

Monoplégie crurale. — Elle est tantôt flasque, tantôt spasmodique.

1° La **forme flasque** n'est presque jamais complète ; le sujet reste capable d'exécuter quelques mouvements volontaires, et de marcher avec l'aide de béquilles ou de cannes. Fait à remarquer : dans le mouvement automatique de la marche, on voit tels muscles se contracter qui demeuraient inertes lorsque le sujet était couché et qu'on explorait sa motilité ; ceci est très exceptionnellement noté dans une monoplégie organique.

2° La **forme avec contracture** sera décrite plus loin (voir p. 21).

Paraplégie. — Elle est une des plus fréquentes manifestations de la névrose de guerre.

1° Dans la **forme flasque**, la plus fréquente, les membres inférieurs reposent en extension sur le lit ; malgré tous ses efforts apparents, le sujet est incapable, non seulement de les mouvoir, mais encore de faire contracter même faiblement aucun muscle. C'est avec l'aide des membres supérieurs que le malade transporte, comme des objets inertes, ses jambes paralysées. Tous les mouvements passifs se font avec la plus grande facilité. Assez souvent, la marche reste possible avec l'aide de béquilles. On peut noter alors que certains muscles incapables d'une contraction volontaire, dans le décubitus dorsal, se contractent assez énergiquement pendant l'exercice automatique de la marche.

2° **La paraplégie avec contracture** ne réalise qu'un type : celui d'*extension*. Les deux membres sont accolés en adduction, les genoux se touchent, s'entrecroisent un peu comme dans la paraplégie spastique de l'enfance (syndrome de Little) ; les essais de mobilisation ne font qu'accentuer les contractures.

Dans certains cas paradoxaux comme le sont souvent les paralysies psychonévrosiques, la paraplégie n'est à proprement parler ni spasmodique ni flasque, mais, tout ensemble flasque et spasmodique. Dans le décubitus dorsal le sujet peut exécuter quelques mouvements simples des membres inférieurs : ceux-ci sont souples, parfois même légèrement hypotoniques, mais vient-on à placer le malade debout soutenu par deux aides, ses jambes se raidissent, les muscles saillent sous la peau et la progression s'effectue, les membres inférieurs en extension complète, sans aucune flexion du genou.

§ 2. — TROUBLES PSYCHO-MOTEURS LOCALISÉS A L'EXTRÉMITÉ DISTALE DES MEMBRES

Acro-paralysies et acro-contractures

1° **La paralysie flasque** complète, absolue de la **main** ou du **pied** est fréquente.

La *main* en général tombante, molle, flasque, comme dans la paralysie radiale, forme avec l'avant-bras étendu un angle droit. Les mouvements des doigts sont souvent impossibles. Très souvent le mouvement demandé est remplacé par une sorte de tremble-

ment plus ou moins rapide et qui est absolument pathognomonique. Il est l'expression de la contraction des antagonistes du mouvement commandé.

Si l'on imprime à l'avant bras des mouvements brusques, la main suit le mouvement, inerte à la manière d'une main de polichinelle. Le plus souvent toutefois la tonicité des muscles paralysés demeure normale, mais dans certains cas anciens nous avons relevé une hypotonie musculaire marquée. Au palper, la main est souvent froide, moite et cyanosée. La main et l'avant-bras sont fréquemment analgésiques ou hypoesthésiques.

Au pied, la paralysie se réalise toujours en pratique suivant le même mode : pied tombant analogue au pied paralytique par lésion du sciatique poplité externe avec steppage dans la marche. Au repos, la pointe du pied est abaissée, la plante légèrement tournée en dedans. Tous les mouvements passifs sont aisés, favorisés dans les cas anciens par une légère hypotonie.

De même que dans l'hémiplégie et la paraplégie hystériques, on peut voir, dans les cas anciens, de l'amyotrophie, des troubles vaso-moteurs et des perturbations des réactions électriques.

Les **Contractures** localisées à la main ou au pied se sont montrées extrêmement fréquentes durant cette guerre. Ainsi sont conditionnés aux extrémités des membres supérieur et inférieur les types cliniques les plus variables.

Mains. — Elles ont reçu des appellations diverses : *main figée* de Henri Meige, *paralysie globale de la main* de Pitres, *acromyotonie* de Sicard, *troubles nerveux d'ordre réflexe* de Babinski et Froment, *parésies paratoniques* de Pierre Marie et Foix, *névrite irradiante* de Guillain et Barré, etc...

« Le syndrome principal, dit Meige, est tantôt une raideur, tan-
« tôt au contraire une faiblesse, tantôt et le plus souvent un
« mélange de raideur et de faiblesse qui n'est ni de la paralysie
« véritable ni de la vraie contracture et dont l'aboutissant est une
« immobilisation presque complète. »

On peut résumer toutes ces descriptions en disant que l'entité clinique « mains figées » comporte deux éléments symptomatiques :

1° Un élément moteur, contracture, paralysie ou association des deux, pouvant varier à l'infini, naturelle ou illogique et dont la variété a permis de créer des types cliniques et des dénominations sans cesse renouvelées : *main en coup de poing*, *main d'accoucheur*, *main en col de cygne*, *en bénitier*, etc.

2° Des troubles secondaires que l'on peut diviser au point de vue clinique en :

a) lésions ostéo-articulaires et musculo-tendineuses, peu fréquentes (raideurs articulaires, ankyloses fibreuses, ostéoporose, rétractions tendineuses, etc.).

b) troubles caloriques, vaso-moteurs, secrétoires, trophiques, électriques, quelquefois absents, plus habituellement observés, réunis ou dissociés.

Pieds. — Ce sont les pieds bots varus psychonévrosiques que, suivant la nature ou la prédominance du trouble moteur (contracture ou paralysie), nous diviserons en trois catégories :

1° Pied bot varus paralytique ou « pied bot ballant ». — Au repos, dans la position horizontale, rien d'anormal à la vue, mais le malade ne peut pas exécuter les mouvements de flexion dorsale ou d'abduction du pied. Si le malade est assis les jambes pendantes, le pied est tombant avec très légère tendance au varus. Au contraire, quand le poids du corps porte sur le membre inférieur et particulièrement pendant la marche, l'attitude en varus s'accuse et s'exagère par une véritable torsion du pied. Quand le pied quitte le sol, il redevient tombant.

Une autre caractéristique de cette forme clinique est la possibilité d'exécuter passivement tous les mouvements, comme dans les pieds paralytiques. En résumé, *l'attitude est mobile, changeante, réductible passivement, irréductible volontairement par paralysie.*

Enfin, on note la coexistence habituelle de troubles vaso-moteurs et caloriques, généralement accentués, ainsi que souvent la présence d'une légère amyotrophie.

2° Pieds bots varus « réductibles ». — En toutes circonstances, le pied garde la même attitude en varus. Mais soit volontairement, au repos, soit plus souvent passivement, on obtient sans grande résistance la réduction de l'attitude vicieuse. Au contraire, pendant la marche elle ne peut être volontairement corrigée.

En résumé, *l'attitude est fixe mais réductible.*

Ici, les troubles vaso moteurs et caloriques sont rarement observés de façon nettement apparente ; quand ils existent, ils sont peu accentués.

3° Pieds bots varus « irréductibles » ou « bloqués ». — Cette forme clinique représente l'accentuation de la précédente. C'est elle qui a attiré souvent l'attention des neurologistes et des chirurgiens. Le pied est en contracture complète apparemment irréducti-

ble. Les mouvements passifs ou actifs sont impossibles. Qu'il soit couché ou assis ou qu'il marche, le malade conserve son pied en varus.

Cette attitude est plus ou moins accentuée suivant les cas. Elle s'accompagne parfois de contracture variable des orteils, habituellement en flexion plantaire, quelquefois en flexion plantaire pour les quatre derniers, en extension dorsale pour le gros orteil. Parfois même la contracture est intense au point que le pied semble comme enroulé sur son grand axe ; les orteils sont hyperfléchis, la face plantaire présente une véritable concavité. Très souvent la pointe du pied est tournée en dedans.

On note souvent, pour peu que cette déformation date de plusieurs mois, un durillon au milieu du bord externe du pied.

Les troubles vaso-moteurs y sont absents d'une façon nettement apparente, ou, en tout cas, exceptionnels.

En résumé, *la difformité est fixe*, *invariable*, *totalement irréductible, par contracture.*

§ 3. — TROUBLES PSYCHO-MOTEURS LOCALISÉS A LA PARTIE MOYENNE DES MEMBRES

Coudes et Genoux

Nous éliminerons de ce chapitre les paralysies flasques qui ordinairement s'associent à des paralysies d'autres segments du membre et se confondent avec les monoplégies crurales ou brachiales déjà étudiées, pour n'envisager que les contractures. Celles-ci sont : soit *isolées*, au coude ou au genou, soit *associées* à des contractures intéressant une ou plusieurs autres articulations du même membre.

A. — **Contractures isolées du coude ou du genou.** — Elles se présentent en clinique suivant deux types principaux :

1o **Type d'extension** : Au coude, il semble rare ; nous n'en avons observé que quelques cas.

Au genou il est de fréquence moyenne, moindre cependant que le type de flexion. Son aspect clinique est celui de la contracture pithiatique classique et pure, sans troubles secondaires, trophiques, vaso-moteurs, etc.. (à condition que le malade continue à marcher

et à se servir de son membre). Un fait important à noter, c'est le peu de retentissement organique produit sur l'articulation par ces contractures même de longue durée et notamment la rareté ou le peu d'intensité des raideurs articulaires ou des ankyloses fibreuses. La preuve de la nature pithiatique de ce type de contracture est donnée :

1° Par l'examen sous anesthésie qui rend possible la flexion totale du membre.

2° Par le test thérapeutique, la psychothérapie amenant le plus souvent une guérison rapide et complète.

A côté de cette forme pure, il existe un type mixte dans lequel une lésion organique de l'articulation du genou (hydarthrose, hémarthrose, arthrite, rhumatisme, etc..) s'accompagne secondairement de troubles fonctionnels pithiatiques. L'anamnèse et surtout l'examen sous anesthésie permettent de le différencier des formes précédentes.

II° **Type de flexion** : Très fréquemment observé durant cette guerre, il peut revêtir des modalités cliniques diverses, d'où les différentes interprétations émises sur sa nature. tour à tour étiquetée suivant les auteurs : hystérique, réflexe, organique.

Voici comment il faut, pensons-nous, classer les faits :

a) **Contractures fonctionnelles pures.** — De beaucoup les plus rares, elles s'observent surtout parmi les cas relativement récents. Consécutives à des blessures paradoxales, portant plus souvent sur le pied, la jambe ou la cuisse que sur le genou, sur l'épaule, l'avant-bras ou la main que sur le coude, respectant ordinairement l'articulation, elles relèvent des causes étiologiques habituelles de l'hystéro-traumatisme.

En clinique, elles se présentent de la façon suivante :

Au coude, limitation des mouvements, non seulement de la flexion, mais aussi de l'extension avec contracture ou contraction paradoxale des muscles antagonistes au cours des tentatives de mouvements spontanés ou provoqués.

Au genou, mêmes caractères que l'on mettra nettement en évidence en examinant le malade couché en position ventrale. L'examen attentif du jeu dès muscles fléchisseurs et même extenseurs de la jambe, dans les mouvements provoqués et dans les mouvements spontanés montre bien que l'on a affaire ici à une contracture du type psychonévrosique. Les contractions paradoxales, les tremblements qui accompagnent ces mouvements, la possibilité

d'étendre, sans force, la jambe du sujet si l'on a pu parvenir à détourner son attention, fourniront de précieuses indications.

En plus du trouble moteur, il existe assez souvent des troubles secondaires consécutifs et proportionnels à l'immobilisation ou à l'utilisation vicieuse (hypothermie, atrophie musculaire avec exagération de l'excitabilité mécanique des muscles et même de la réflectivité tendineuse). Ces troubles s'observent surtout dans les formes anciennes ou dans celles où il y a utilisation particulièrement vicieuse.

Les preuves objectives de la nature hystérique, de l'attitude vicieuse sont fournies par l'*anesthésie générale* et par l'*épreuve psychothérapique*, qui peut donner une récupération rapide, en une seule séance de traitement.

En somme : *attitudes vicieuses réductibles complètement sous anesthésie générale et par psychothérapie.*

b) **Contracture fonctionnelle primitive avec troubles articulaires organiques secondaires.** — C'est le type le plus souvent observé dans les centres neurologiques de l'intérieur. L'attitude vicieuse relève des mêmes causes que la forme précédente (hystéro-traumatisme n'impliquant pas nécessairement une atteinte articulaire directe).

Cliniquement, le diagnostic entre cette forme et la précédente est difficile, souvent même impossible à établir au premier abord à l'état de veille. La lésion organique surajoutée s'accuse au cours de l'*exploration sous anesthésie générale* : on se rend très nettement compte alors, après avoir obtenu l'extension sub-complète du coude ou du genou que l'on butte, à un moment donné, contre un obstacle. En insistant, on obtient souvent, par ruptures d'adhérences, l'extension plus complète. En somme, l'anesthésie permet une rectification de l'attitude, mais incomplète : il reste un reliquat organique indiscutable.

L'*épreuve de la psychothérapie* corrobore entièrement ces renseignements : rectification sub-complète de l'attitude vicieuse, arrêt par obstacle mécanique. En revanche, par la *psycho-physiothérapie* on peut obtenir la réduction *progressivement* plus complète.

L'examen radiographique reste négatif.

En somme, il s'agit : *d'attitudes réductibles partiellement sous anesthésie et par psychothérapie, réductibles progressivement par psycho-physiothérapie, l'élément fonctionnel étant primitif et principal, l'élément organique secondaire et acces-*

soire, comparable à celui des raideurs articulaires observées dans les fractures trop longtemps immobilisées.

c) **Contracture ou contraction fonctionnelle secondaire avec lésion articulaire primitive.** — C'est le type inverse, au point de vue pathogénique, du précédent. Ici c'est une lésion traumatique ou une affection médicale du coude ou du genou qu'on retrouve à l'origine. On a affaire à un malade qui primitivement a été un « articulaire » et chez lequel s'est fixée une attitude vicieuse antalgique ou d'immobilisation.

Au coude, seule l'extension est limitée par la corde des muscles fléchisseurs contracturés et notamment par la corde du long supinateur. La flexion spontanée ou passive se fait habituellement de façon normale.

Au genou, également seule l'extension du membre, à partir d'un certain degré, se trouvera arrêtée par la contracture des muscles fléchisseurs, notamment par la corde du tendon du biceps, le mouvement inverse se faisant activement et passivement de façon normale. Si l'on veut forcer davantage, on détermine des craquements et une violente douleur.

Souvent ici les *troubles secondaires* sont prononcés, notamnent l'atrophie musculaire.

L'*examen sous anesthésie générale* complète ces données en montrant que, très rapidement, on est arrêté dans les tentatives d'extension par un obstacle mécanique habituellement infranchissable.

Le test de l'*épreuve psychothérapique* fournit les mêmes renseignements.

La radiographie permet de prévoir et décèle quelquefois l'existence de lésions organiques irréductibles.

En somme, il s'agit d'*attitudes vicieuses partiellement réductibles par psychothérapie et sous anesthésie ; cependant susceptibles, parfois mais non toujours, d'amélioration progressive.*

Ces divers types devront être différenciés des cas dans lesquels l'attitude vicieuse est irréductible totalement sous anesthésie et par psychothérapie, c'est-à-dire des cas de *lésions organiques articulaires ou musculo-tendineuses pures.*

B. — Contractures du coude et du genou associées à des troubles moteurs d'autres segments du même membre.

La contracture peut être associée soit à une attitude vicieuse de l'extrémité distale (main et pied) du même membre, type que nous

étudierons ici ; soit à une contracture de l'extrémité proximale (épaule ou hanche) que nous verrons au paragraphe suivant.

a) **Bras d'écharpe**. — Ce type clinique, fréquemment observé à la suite de l'application prolongée d'une écharpe (véritable fixation psychique d'une attitude longtemps maintenue) est réalisé par une contracture du coude associée à une flexion de la main (en contracture ou en paralysie) sur l'avant-bras, en pseudo-paralysie radiale. Dans les formes récentes, la contracture peut être purement pithiatique. Dans les cas anciens, existent très souvent de la raideur ou de l'ankylose fibreuse : *arthrite d'immobilisation* analogue à celle que l'on observe fréquemment dans la paralysie radiale organique.

b) **Jambe de béquille** (genou fléchi et pied équin). — Tantôt la lésion primitive, fonctionnelle pure, ou mixte organo-fonctionnelle, est au niveau du genou. L'attitude du pied en équinisme, ballant ou contracturé, est une attitude de compensation ou de suppléance. L'examen sous anesthésie permet de faire la part respective des lésions organiques et fonctionnelles.

Tantôt la lésion primitive, fonctionnelle ou mixte, est au niveau du cou de pied, pied équin purement fonctionnel ou avec rétraction musculo-tendineuse, et l'attitude en flexion du genou, d'abord réductible intégralement (cas récent), puis non réductible par raideur et ankylose fibreuse (cas anciens) n'est qu'une attitude de suppléance.

Ici encore, l'exploration sous anesthésie permet de faire la part des troubles organiques et fonctionnels.

§ 4. — TROUBLES PSYCHO-MOTEURS LOCALISÉS A LA RACINE DES MEMBRES

Epaules et Hanches

Comme pour les coudes et les genoux, il faut éliminer les formes flasques qui rentrent dans les monoplégies brachiales ou crurales déjà étudiées, pour retenir les formes avec contracture.

La disposition anatomique de ces articulations qui sont des glénoïdes avec une tête articulaire arrondie roulant dans une cavité, et permettant des mouvements en tous sens, explique les modalités cliniques observées : contractions limitées à certains groupes musculaires ; rareté du bloquage total de l'article par la contracture ; enfin moindre fréquence des raideurs articulaires secondaires par rapport aux coudes et aux genoux.

A l'épaule, deux formes peuvent s'observer :

1° **Type d'adduction.** — Le bras est plus ou moins fortement accolé au tronc, la contraction intense des pectoraux et du grand dorsal entravant toute tentative d'abduction. Les mouvements des autres segments (coude, poignet, doigts) s'exécutent normalement. Assez souvent, il y a association au type suivant.

2° **Type d'élévation.** — Plus rare que le précédent, surtout dans sa forme pure. La contracture du trapèze et des scalènes fixe l'épaule en élévation forcée. Souvent la contraction concomitante du sterno-mastoïdien provoque un torticolis.

A la hanche, s'observent les trois formes suivantes :

1° **Type de rotation externe et d'abduction**, par contracture des pelvi-trochantériens (le plus fréquent). La cuisse est fortement tournée en dehors et en légère abduction ; le genou souvent lui-même fixé en extension, parfois en légère flexion ; le pied en rota-

---

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

Fig. 1. Gri... — *a) Plicature et troubles de la démarche, consécutifs à enfouissement par éclatement d'obus à proximité. Durée 16 mois 1/2*

b) Même malade après la première séance de traitement. Non seulement l'attitude vicieuse a été corrigée, mais le malade peut se renverser en arrière au point de toucher le sol avec les mains.

Fig. 2. Lan... — *a) Plicature et Astasie-abasie trépidante, consécutives à enfouissement par éclatement d'obus à proximité. Durée 36 mois.*

b) Même malade après la première séance de traitement à la suite de laquelle l'attitude vicieuse et le tremblement ont disparu. Marche et course absolument normales.

Fig. 3. Cha... — *a) Plicature très intense et gros troubles de la démarche, consécutifs à traumatisme par caisson d'artillerie. Durée 38 mois.*

b) Même malade après la première séance de traitement. Le malade est complètement redressé, il peut se renverser en arrière. Marche normale.

Fig. 4. Pou... — *a) Plicature, scoliose et troubles de la démarche, consécutifs à contusion par caisson de mitrailleuse. Durée 38 mois 1/2.*

b) Même malade après la première séance de traitement.

Ces quatre malades ont été dirigés par d'autres Centres Neurologiques de l'intérieur sur l'Hôpital de Salins.

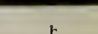


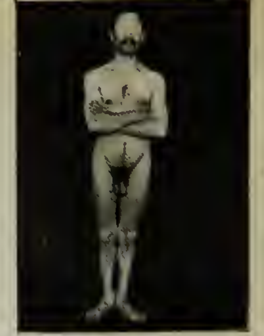
a Fig. 1 b





a Fig. 3 b







a Fig. 2



a Fig. 4 b

tion externe à angle droit. Il n'y a bien entendu aucun raccourcissement réel du membre atteint.

2° **Type de flexion.** — La cuisse est plus ou moins fléchie sur le bassin; le genou en flexion et le pied en équinisme par attitude de suppléance. Ces deux dernières attitudes pouvant être fixées elles-mêmes par la contracture, ou au contraire réductibles.

3° **Type de pseudo-hanche à ressort.** — C'est moins une forme névropathique qu'une disposition anatomique permettant au sujet de faire remonter à chaque pas, le tendon du fascia lata sur le grand trochanter, le ressaut pouvant être produit ou supprimé par la volonté seule du sujet qui souvent l'exploite pour les besoins de sa cause. A vrai dire, il s'agit là du premier degré de la véritable hanche à ressort dans laquelle la laxité tendineuse ne peut plus être corrigée volontairement.

Nous retrouvons ici, comme pour les coudes et les genoux, des formes distinctes suivant la prédominance dans le temps et le degré de l'élément fonctionnel ou organique.

Ce que nous avons dit à propos des articulations du coude et du genou s'appliquera à la hanche et l'épaule. Nous nous bornerons à rappeler qu'on peut voir les formes suivantes :

a) **Contractures fonctionnelles pures.** — Peut-être plus fréquentes que pour les coudes et les genoux, pour les raisons énoncées ci-dessus.

b) **Contractures fonctionnelles primitives avec lésions articulaires secondaires.** — Surtout fréquentes à l'épaule (arthrite d'immobilisation) dans les formes anciennes, plus rares au niveau de la hanche.

c) **Contractures (ou contractions) fonctionnelles secondaires aux lésions articulaires primitives.** — En proportion du degré d'immobilisation ou de défaut d'utilisation du membre, des moyens de contention plus ou moins serrés, pourront apparaître des troubles secondaires : vaso-moteurs, trophiques et secrétoires.

Enfin les contractures que nous étudions sont :

1° Tantôt isolées à la hanche ou à l'épaule, les attitudes vicieuses qu'elles entraînent dans les autres segments du membre n'étant que des attitudes passagères (non fixées) de suppléance (surtout au membre inférieur pour permettre la marche).

2° Tantôt au contraire, ces attitudes de suppléance sont elles-mêmes fixées, par des troubles fonctionnels (paralysie flasque ou contracture) surajoutés.

§ 5. — TROUBLES PSYCHO-MOTEURS LOCALISÉS AU COU, A LA TÊTE, AU TRONC

Contracture du sterno-mastoïdien et du trapèze. — Elle donne lieu au *torticolis névropathique* avec forte inclinaison de la tête qui se met en rotation plus ou moins marquée du côté sain.

Contracture des muscles de la nuque superficiels et profonds (pseudo-tétanos, pseudo-méningite), où la contracture frappe symétriquement les muscles trapèzes, sterno-mastoïdiens et les muscles profonds de la nuque. La déformation rappelle un peu celle qui accompagne le tétanos ou la méningite aiguë.

Trismus hystérique. — Il est caractérisé par une contracture des masséters et des ptérygoïdiens; jamais assez prononcé pour entraver totalement la mastication, il limite plus ou moins l'écartement des arcades dentaires.

Plicature du tronc (cyphose traumatique, pseudo-spondylite, camptocormie). — Le tronc est plus ou moins fléchi sur le bassin, la tête en hyperextension, les membres inférieurs étendus ou parfois demi-fléchis. Les plis de flexion normaux de la paroi abdominale sont profondément marqués. En examinant le malade de dos, on note la disparition ou l'atténuation du sillon lombaire médian, la saillie des muscles spinaux (masse sacro-lombaire, longs dorsaux), la disparition des fossettes latérales du sacrum remplacées par la saillie des apophyses iliaques postérieures, l'allongement et l'aplatissement de la région lombaire, l'accentuation de la convexité de l'épine dorsale. Les fesses sont aplaties et élargies transversalement. Quant à la colonne cervicale, fortement incurvée en arrière, elle apparaît considérablement réduite sans aucune saillie de la 7e apophyse cervicale ; la nuque est marquée de plis transversaux profonds.

La marche peut s'effectuer facilement sans aucune boiterie et, pendant la progression, le tronc et la tête demeurent dans cette attitude fixe, figée, déjà si frappante à l'état de repos. Mais, très souvent aussi, il existe des troubles de la démarche à type plus ou moins individuel ou régional.

Vient-on à commander au malade de se redresser, on le voit alors s'épuiser en vains efforts ; le facies devient vultueux, tous les muscles du corps se contractent, mais, malgré ces efforts apparents la plicature reste invariable. En plaçant le sujet le siège appuyé contre une paroi résistante, on obtient en général une

réduction passive relative de la plicature mais rarement une correction complète. On éprouve durant cette épreuve la sensation d'une résistance active de la part du patient. Si cette tentative de correction est menée un peu activement le sujet accuse une *douleur lombaire* et surtout *sacrée* et est pris d'autre part d'un état d'anxiété très vive. Abandonné à lui-même le malade reprend immédiatement son attitude primitive et tous les phénomènes de l'émotion anxieuse objectivée disparaissent.

Dans le décubitus, les tentatives de correction donnent des résultats essentiellement variables; chez beaucoup de sujets, la correction de l'incurvation s'effectue avec beaucoup plus de facilité que dans la station debout et parfois elle est complète.

A côté de cette forme habituelle, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de **Plicature à ressort** qui présente les caractères suivants : l'attitude est la même que ci-dessus, mais, si le malade cherche à se redresser, il se renverse brusquement en arrière, comme mu par un ressort, et il reste dans cette nouvelle attitude. Ce mouvement s'est accompagné de grands efforts et de douleurs lombaires, efforts et douleurs qui se reproduiront quand le malade voudra reprendre la position primitive. Il s'agit là vraisemblablement d'un type résultant de contagion hospitalière, de malade à malade ; tous les cas que nous avons observés provenaient de la même région.

Lordose par contracture des muscles dorsaux. — Beaucoup plus rare. Le tronc est renversé en arrière, la tête fléchie, le regard droit. La marche se fait aisément, mais pendant la progression, le tronc reste immobile comme figé. Le redressement, la flexion du tronc en avant sont presque impossibles dans la station debout tandis que la correction s'effectue assez bien dans le décubitus dorsal. Cette contracture s'accompagne comme la plicature de douleurs dans les lombes et dans le dos.

Scoliose par contracture des muscles abdominaux et sacrolombaires. — Plus rare que la plicature du tronc d'origine traumatique, suite d'enfouissement par exemple, elle est très fréquemment observée comme attitude d'habitude à la suite d'anciennes sciatiques.

Dans les cas purs, le tronc apparaît fortement incurvé soit à droite, soit à gauche, les plis cutanés du flanc sont fortement creusés et les dernières côtes arrivent au contact de la crête iliaque. Le sujet étant examiné de dos on constate l'abaissement de l'omoplate et du membre supérieur, l'inflexion régulière de la colonne dorsale et la courbure de compensation cervicale.

Assez souvent la scoliose est associée à un certain degré de plicature.

Tronc figé. — Il s'agit là de cas rares, survenus en général après enfouissement, qui se caractérisent par l'impossibilité de tout mouvement actif ou passif du tronc, qui est fixé en rectitude.

§ 6. — TROUBLES PSYCHO-MOTEURS DE LA FONCTION DE LA MARCHE

Astasie-abasie. — Le malade examiné couché ne présente pas de troubles moteurs élémentaires : tous les mouvements, la force musculaire, les réflexes tendineux, osseux et cutanés sont normaux.

Placé debout le sujet, ou bien s'effondre sur ses membres inférieurs flasques, ou bien ceux-ci sont agités par un tremblement rapide qui aboutit à un piétinement indéfini. La marche est plus ou moins impossible.

Dysbasie à type choréiforme ou saltatoire. — La marche est incoordonnée, les membres inférieurs sont projetés avec asymétrie; au mouvement automatique de marche se superposent des mouvements spontanés « choréiformes » n'ayant aucun rapport avec le but poursuivi. Déjà très manifeste dans la station, le désordre musculaire s'exagère lors de la progression (dysbasie trépidante). La trépidation peut porter aussi sur les membres supérieurs, le tronc, la tête.

Dysbasie à type pseudo-tabétique. — Ici aussi dans le décubitus dorsal tous les mouvements des membres inférieurs s'exécutent normalement. Dans la marche, au contraire, le sujet s'avance en projetant en avant les membres inférieurs; il talonne, festonne, écarte sa base de sustentation. Si on place le malade debout, on constate des oscillations irrégulières, amples, que l'occlusion des yeux ou l'obscurité n'exagère pas.

Dysbasie à type pseudo-polynévritique. — La démarche ressemble à celle de la polynévrite des membres inférieurs en voie de guérison. Elle se fait avec steppage exagéré et brusquerie dans les mouvements. Le malade se tient assez correctement debout; parfois, au début de l'épreuve, il piétine sur place comme pour chercher son centre de gravité.

Formes atypiques. — Leur description est impossible en raison de leur extrême diversité. On peut voir des démarches non seule-

ment à *type individuel* mais aussi à *type régional* (dus à la contagion hospitalière).

Staso-basophobie. — Alors que l'astasie-abasie vraie est une dissociation de l'automatisme de marche, la staso-basophobie est une inhibition de cet automatisme sous la dépendance d'un état émotionnel.

Dans le décubitus, les mouvements élémentaires s'effectuent presque normalement. Place-t-on le malade debout, son visage reflète l'effroi. Il supplie qu'on le tienne, dit qu'il va tomber, que tout tourne autour de lui ; il s'accroche désespérément aux personnes ou aux meubles voisins. Impossible de le faire marcher ; s'il avance une jambe, bien vite il la retire, persuadé qu'il va tomber.

Les Boiteries d'habitude. — Peu étudiées en France avant cette guerre, elles sont actuellement très fréquentes.

Leurs causes sont celles qui, à un moment donné, ont déterminé une impotence fonctionnelle d'un membre inférieur : blessures, traumatismes, affections douloureuses des membres, arthrites, rhumatismes et surtout sciatiques et névrites consécutives aux gelures des pieds. Ces deux dernières causes nous ont semblé devoir être mises au premier plan de l'étiologie des claudications prolongées.

L'attitude viscieuse répond *au début* à la logique, et si tel malade fléchit la jambe en marchant, c'est parce qu'il souffre au talon ou dans le sciatique. Ce qu'il y a d'anormal, c'est la prolongation indéfinie de l'attitude alors que l'épine organique a depuis longtemps disparu.

L'aspect morphologique et clinique de ces boiteries est à ce point variable qu'il est impossible d'en donner une description d'ensemble. Ce qui les caractérise, c'est que souvent — non toujours bien entendu — rien, dans le décubitus, au repos au lit, ne semble justifier la boiterie : ce n'est que dans la station debout et dans la marche qu'apparaissent les attitudes vicieuses ou les altérations motrices. Divers procédés d'exploration pourront encore mettre en évidence « l'illogisme » de ces boiteries. Dans *la marche à genoux* (Meige), dans *la marche décomposée*, dans *la marche en arrière* ou dans *la marche et la course sur place*, le malade « oublie » souvent son attitude vicieuse et sa boiterie.

§ 7. — TREMBLEMENTS, TICS, MOUVEMENTS CHORÉIFORMES

Les tremblements atypiques sont tantôt généralisés à tous les muscles de l'économie, tantôt limités à un membre ou à un segment de membre.

1° *Généralisés*, ils sont ordinairement associés à d'autres signes faisant partie au tableau clinique du « syndrome commotionnel ».

Le masque facial, les oscillations désordonnées et irrégulières auxquelles est soumis tout le corps, traduisent une indescriptible terreur. Les malades sont mus par des oscillations vibratoires d'intensité variable, parfois menues et discrètes, limitées aux extrémités des membres, plus souvent amples et désordonnées. Ce sont alors de grandes oscillations des membres rappelant celles des *grandes chorées*, accompagnées de mouvements cloniques des muscles de la face et du cou. Le malade ne peut se tenir debout ni marcher. La moindre cause déclanche des crises paroxystiques pendant lesquelles il ne s'agit pas à proprement parler de tremblement, mais de *tressaillement* (Meige).

Enfin on retrouve fréquemment chez certains malades un état psychopathique particulier bien analysé par Henri Meige et identifié par lui sous le nom de *trémophobie* (peur de trembler).

2° *Limités*, ils sont cantonnés au niveau des membres, d'un ou des deux côtés, ou encore à un segment de membre.

Les tremblements typiques peuvent revêtir différents types : *type pseudo-parkinsonien*, *pseudo-sclérose en plaques*, *pseudo-basedowien*, *pseudo-paralysie générale*, *pseudo-toxique*, *pseudo-cérébelleux*, *pseudo-choréiforme*, etc.

Les tics toniques, tics d'attitude de Meige et Feindel sont beaucoup moins fréquents que les tics cloniques ou mouvements spasmodiques post-commotionnels : contractions cloniques du cou, de la tête (mouvements d'affirmation, de négation ; spasmes palpébraux, faciaux), ou des épaules.

§ 8. — TROUBLES PSYCHO-SENSITIFS

Suivant leur degré de fréquence, les troubles sensitifs peuvent être divisés en deux grandes catégories :

1° *Les algies ou douleurs psychopathiques*, troubles sensitifs

subjectifs qui occupent une place de premier plan, étant donnés leur nombre, leur durée et leur conséquence pratique au point de vue militaire.

2° *Les anesthésies* ou troubles sensitifs objectifs beaucoup moins importants, tant au point de vue sémiologiqué qu'au point de vue pratique.

A. — Les Algies

Algies du membre inférieur. — Les types cliniques varient à l'infini; on peut les classer en trois groupes principaux.

1° **Type pseudo-sciatique** (Roussy et Grutzbaendler). — C'est l'ancienne sciatique hystérique des auteurs classiques, dont la fréquence est grande. Petite épine organique, sciatique, réelle à un moment donné, telle est la cause habituelle sur laquelle viennent se greffer les manifestations psychonévrosiques parfois sincères, inconscientes, parfois subconscientes (sciatique d'exagération, de prolongation) ou encore conscientes (sciatique de simulation).

L'aspect clinique rappelle parfois à s'y méprendre celui de la vraie sciatique, mais les signes somatiques de celle-ci font défaut.

Le **Type pseudo-crurite** est beaucoup moins fréquent.

2° **Type pseudo-coxalgique** (Roussy et Grutzbaendler). — C'est l'ancienne coxalgie hystérique des auteurs. Les algies sont localisées au niveau de la hanche. La boiterie rappelle celle de la coxalgie. Le membre est en extension ou demi-flexion. Tous les signes somatiques de la coxalgie vraie sont absents.

On peut voir des **pseudo-arthralgies** des autres articulations du membre inférieur *(pseudo-gonalgie, tarsalgie, talalgie).*

3° **Type pseudo-névritique.** — On peut ranger dans ce groupe un grand nombre de cas de troubles de la marche par pseudo-névrites consécutives à une maladie infectieuse ou encore aux gelures des pieds (Roussy et Leroux).

Algies du membre supérieur. — Dans la **forme pseudo-névritique,** ce sont des douleurs diffuses ou localisées parfois sur le trajet d'un nerf, survenues soit à la suite d'un choc, d'une blessure superficielle, soit spontanément.

La forme **pseudo-arthritique** assez rare au coude et au poignet, est très commune à l'épaule. Les malades souffrent depuis des mois au niveau d'une articulation qu'ils immobilisent plus ou moins complètement.

Algies du tronc. — Les **rachialgies** d'ordre névropathique consistent en douleurs vagues, diffuses à toute une région (cervicale, dorsale ou lombaire) ou localisées au niveau d'une ou de quelques apophyses épineuses, rappelant alors l'aspect clinique du mal de Pott. Elles provoquent des attitudes vicieuses qui d'abord transitoires et réductibles deviennent peu à peu permanentes et irréductibles.

Les **lombalgies ou pseudo-lumbago** sont une variété de rachialgie souvent très difficile à différencier du vrai lumbago traumatique ou rhumatismal.

Signalons encore les **algies du thorax** : *points de côté*, *pleurodynie*, *fausses névralgies intercostales*, spontanées ou traumatiques, souvent accompagnées de dyspnée; et les **algies abdominales**, *fausses appendicites*, *algies* des anciens opérés de hernie, etc.

Algies du cou et de la tête. — Les **algies de la nuque** sont accompagnées le plus souvent de torticolis tonique ou clonique.

Les **céphalées** *à proprement parler hystériques ou pithiatiques*, paraissent tout à fait exceptionnelles.

Algies viscérales. — Signalons les *douleurs des testicules*, à la suite de blessure ou de castration, *cystalgie* chez des commotionnés, *gastralgie* accompagnée de vomissements chez les gastropathes, *douleurs précordiales* et *dyspnée*, fréquentes chez des sujets soumis aux gaz asphyxiants ou suffocants.

B. — Les Anesthésies, Analgésies, Hyperesthésies

Leur intérêt pratique est beaucoup moins grand que celui des troubles de la sensibilité subjective. Non perçues par le malade, elles n'entraînent aucune gêne fonctionnelle, caractère princeps des anesthésies hystériques. Elles sont *massives*, *totales*, plus intenses que les anesthésies organiques; elles intéressent tous les modes de la sensibilité superficielle (tact, douleur, température) et profonde (sens des attitudes, sens stéréognostique). Elles ont généralement une topographie segmentaire (en gigot, brodequins, en manchettes, en gants, etc.).

Symptômes mis en évidence, au cours des explorations, par ceux qui les recherchent, les anesthésies ne sont pas cause d'hospitalisation ou d'évacuation chez les soldats. Jamais elles ne constituent un signe prédominant ou isolé, mais font partie d'un tableau symptomatique d'ordre fonctionnel : hémiplégie, crises convul-

sives, tremblement, paralysie, etc., au cours desquels elles apparaissent, à condition d'être recherchées. A un premier examen, les malades n'attirent pas l'attention sur elles. — On admet depuis Babinski que les anesthésies comme les analgésies ou les hyperesthésies dites hystériques ou pithiatiques sont créées par la suggestion médicale ou toute autre suggestion à laquelle a pu être soumis le malade. Nous dirons, à propos du traitement, les précautions qu'il faut prendre pour leur recherche.

§ 9. — TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS

Troubles de l'ouïe et de la parole. — 1° La surdi-mutité, type de beaucoup le plus fréquent, se présente au poste de secours, à l'ambulance ou dans les hôpitaux suivant trois types différents (Roussy et Boisseau)

A. — Tantôt, il s'agit de sujets en pleine confusion mentale ; le masque facial exprime la terreur, les yeux sont hagards, la respiration haletante, l'air anxieux. Agitation et phobies. Le traitement immédiat peut être suivi de succès, mais vu le degré d'agitation, il est préférable d'attendre quelques heures ou quelques jours pour le faire.

B. — Tantôt, le malade offre l'aspect du confus mental hébété, au masque figé, immobile, absent de tout ce qui l'entoure. Aucun bruit, aucune tentative thérapeutique ne parviennent à le faire sortir de sa torpeur. Type du sourd-muet, *confus mental stupide*.

Dans ces deux types, on a affaire à des troubles mentaux d'ordre commotionnel ou émotionnel, accompagnés de surdi-mutité.

C. — Dans un 3e type, le tableau clinique est différent : le malade est parfaitement conscient et cherche à attirer l'attention sur sa surdi-mutité. Il fait de nombreux gestes, montre ses lèvres, fait signe qu'il veut écrire : lorsqu'on lui donne du papier, il note avec force détails le récit de l'accident. Ce sont des malades *bavards de leurs gestes* (Roussy et Boisseau) qui rappellent le type anciennement classique du *sourd-muet hystérique*.

2° **La surdité seule**, uni ou bilatérale s'accompagne de troubles auditifs subjectifs, et peut être plus ou moins complète ou ne consister qu'en hypoacousie exagérée par un défaut d'attention manifeste du sujet. Caractère clinique important, les malades sont fort peu gênés par leur surdité; *tout se passe comme si elle n'existait qu'au moment où, en la recherchant, on attire sur elle l'attention du sujet.*

3o **La mutité** peut exister seule. Elle est totale : le malade n'ébauche aucun son, ne fait aucun mouvement des lèvres ni de la langue et montre, avec force gestes, qu'il est dans l'incapacité de parler.

Parfois il s'agit seulement d'**aphonie** soit primitive, soit consécutive à une mutité en voie de guérison.

Le **bégaiement** se voit souvent seul ou associé à d'autres troubles commotionnels. Il est généralement très prononcé. Début brusque ; cessation rapide sous l'action du traitement psychothérapique.

Troubles visuels. — **L'amaurose** complète n'est pas rare. L'examen oculaire révèle sa nature pithiatique.

L'amblyopie, la photophobie s'accompagnent souvent d'autres troubles névropathiques (hémiplégie, paraplégie). Les malades portent de grosses lunettes noires, prétendent avoir la vue atteinte depuis une explosion d'obus, une émission de gaz. Ils se plaignent indéfiniment de picotements, de larmoiements, etc.

Signalons encore le **blépharospasme** uni ou bilatéral, le **battement** ou **clignotement des paupières**, le **nystagmus** qui est rare.

§ 10. — TROUBLES SPHINCTÉRIENS

Les faits d'**incontinence d'urine psycho-névropathique** observés durant cette guerre, peuvent être ainsi groupés :

1o **Fausse incontinence d'urine commotionnelle.** — Dans ce premier type il s'agit de sujets qui, à la suite d'un bombardement violent, d'un enfouissement présentent les différents troubles du syndrome commotionnel auxquels vient s'ajouter l'incontinence d'urine. Celle-ci s'explique facilement au début par la réaction émotive. Peu à peu ce trouble s'installe, se fixe dans le subconscient, fixation souvent aidée par un diagnostic erroné ou des examens médicaux imprudents.

2o **Fausse incontinence d'urine par habitude.** — Rarement diurne, habituellement nocturne, elle s'installe sans cause apparente ou à la suite de n'importe quel petit incident, chez des sujets souvent entachés de débilité mentale qui ont pris la mauvaise habitude de pisser au lit, comme d'autres prennent l'habitude de boîter. Ce sont des pisseurs d'habitude.

3o **Reprises d'incontinence d'urine essentielle.** — D'autres fois,

ce peuvent être des reprises d'incontinence vraie, essentielle, disparue depuis plusieurs années et réveillées par les fatigues, les émotions ou une commotion ; équivalence de mal comitial.

La rétention d'urine hystérique, n'existe pas, en réalité.

1° Ou bien la rétention n'a été qu'un phénomène passager succédant pendant quelques heures à quelques jours à la commotion (phénomènes spastiques, d'ordre commotionnel et émotionnel transitoires qui disparaissent spontanément).

2° Ou bien il s'agit de rétention incomplète avec douleurs vésicales et l'on a, ébauchés, des signes de lésion uni ou bilatérale de la queue de cheval ou de lésion médullaire.

Quant à la **polyurie** ou à la **pollakiurie**, si elles peuvent être des manifestations passagères, réactions réflexes de l'émotion, elles ne constituent que des phénomènes transitoires et de courte durée.

Troubles du sphincter ano-rectal. — Nous n'ouvrons ce paragraphe que pour nier leur existence en tant que troubles psychonévrosiques. A part la *diarrhée émotive* et le relâchement passager de tous les sphincters chez les grands commotionnés, ce sont de fausses incontinences des matières chez des débiles chez lesquels de sévères réprimandes remettent vite toutes choses en bon ordre.

§ 11. — TROUBLES VISCÉRAUX

Troubles digestifs. — Ce peut être l'*anorexie des hystériques* ou anorexie mentale rarement observée en temps de guerre.

Les vomissements hystériques ont une allure paradoxale. Se produisant plusieurs fois par jour, sans cause appréciable, ils surviennent inopinément, sans grand effort. Ils sont essentiellement alimentaires.

L'examen clinique et radioscopique de l'estomac ne permet de déceler aucun symptôme anormal.

Particularité importante : le vomissement névropathique n'entrave en rien l'alimentation. Le malade conserve son appétit et habituellement une partie de son embonpoint.

Troubles respiratoires. Tachypnée névropathique. — Beaucoup moins fréquents que les précédents et beaucoup plus difficiles

à individualiser. Certes le trouble de la fonction respiratoire existe dans tout état émotionnel, qu'il se traduise par une accélération ou un ralentissement des mouvements respiratoires, mais il est exceptionnel que ce trouble se fixe pendant un temps suffisamment prolongé pour permettre l'observation. On peut cependant observer *la tachypnée paroxystique des névropathes* dont quelques exemples ont été signalés pendant cette guerre. Elle s'accompagne toujours de manifestations bruyantes, excessives, disproportionnées. Le trouble ne se borne pas à la dyspnée, mais l'agitation générale s'empare du sujet. Il parcourt la chambre en tous sens, d'une manière désordonnée, il gémit, réclame du secours. La fréquence des mouvements respiratoires est souvent moindre en réalité qu'en apparence. L'excursion thoracique reste ample, l'expiration et l'inspiration sont bruyantes, entrecoupées de bruits gutturaux, d'appels et de gémissements.

Le pouls reste cependant calme, à peine plus fréquent.

Les crises de cette pseudo-polypnée se déclanchent pour la cause la plus minime.

Gros ventres de guerre ou Catiémophrénoses (1). — Denéchau et Mattrais ont décrit cette affection pour laquelle nous avons proposé avec Cornil le nom de *catiémophrénose* et qui se caractérise par les symptômes suivants survenant habituellement à la suite de troubles digestifs :

Le ventre est globuleux, distendu de façon permanente, simulant celui décrit autrefois chez la femme sous le nom de « grossesse nerveuse » et pouvant en imposer pour une péritonite tuberculeuse. Il est résistant à la pression légère. La pression forte ou mieux la manœuvre de Denéchau qui consiste à fléchir fortement les cuisses sur le bassin, le malade étant dans le décubitus dorsal le rend dépressible et finit par lui faire reprendre son volume normal.

Il y a souvent des troubles gastro-intestinaux consistant en aérophagie, sialophagie, aérocolie, constipation ou diarrhée, parfois vomissements. L'état général est habituellement bon ; parfois cependant dans les cas anciens l'insuffisance respiratoire, la persistance des troubles digestifs finissent par l'altérer.

L'examen radioscopique fera toujours établir le diagnostic. Il montre que la distension abdominale est due à une contracture en position basse, inspiration forcée du diaphragme. Les mouve-

(1) De κατιεμω = j'abaisse ; φρην = diaphragme.

ments respiratoires à peine ébauchés ne lui impriment que de très légères modifications, ses oscillations variant de quelques millimètres au maximum.

Si l'on pratique sous l'écran radioscopique la manœuvre de Denéchau, on voit le diaphragme reprendre sa position normale. L'examen radioscopique décèle enfin l'aéro-gastrie, l'aéro-entérie, l'aéro-colie qui coexistent souvent.

§ 12. — CRISES NERVEUSES

Le début de la crise est brutal ; le malade fait quelques contorsions, se roule sur son lit ou se jette à terre. Le corps se raidit, la tête se renverse en arrière, les yeux saillants sont révulsés sous les paupières clignottantes. Le facies est vultueux, les veines du cou gonflées à l'extrême, la respiration se suspend pendant un court moment. Puis le sujet se livre aux contorsions les plus désordonnées, les plus invraisemblables. Les membres s'agitent en tous sens, frappent les murs, le parquet ; les mains crispées sur les draps ou les couvertures déchirent, arrachent ce qu'elles peuvent ; s'il n'est pas suffisamment maintenu le sujet se roule à terre, faisant des bonds effrayants en apparence, hurle, se démène, se précipite sur les infirmiers, brise les vitres. Malgré cet appareil bien propre à terroriser ceux à qui ne sont pas familières ces agitations des psycho-névropathes, le sujet peut être maintenu assez aisément et une douche, une vigoureuse aspersion d'eau froide sur le visage et le thorax ou une application de courant faradique ont bien vite raison de cette crise désordonnée.

Ne pouvant insister sur les éléments du *diagnostic* de la crise hystérique avec celle du mal comitial, nous rappellerons seulement, que dans l'immense majorité des cas ce diagnostic est facile. Les caractères des crises (cri initial, pâleur de la face, mydriase, morsure de la langue, ecchymoses conjonctivo-palpébrales, émission spontanée des urines et profond sommeil) joints aux conditions d'apparition de ces crises (début dans l'enfance ou la jeunesse, explosion diurne ou nocturne, sans causes apparentes) sont des signes qui appartiennent à la crise épileptique et qu'on ne retrouvera pas dans l'hystérie.

Il faut avouer cependant, que les caractères différentiels ne sont pas toujours si nettement tranchés, et que faire le diagnostic de la

nature précise d'une crise convulsive, n'est pas toujours chose aisée, même quand on assiste à la crise.

L'épreuve du « courant faradique » qui consiste à déclancher la crise d'hystérie au moyen de la bobine à fil fin aide souvent le diagnostic.

CHAPITRE II

COMMENT NAISSENT LES ACCIDENTS PSYCHONÉVROSIQUES DE GUERRE

Pour rester d'abord sur le terrain des faits nous prendrons quelques exemples concrets, parmi les troubles provoqués par une « commotion », par une « blessure », par une « maladie », et nous verrons comment se *crée*, puis se *fixe*, dans certaines conditions le trouble pithiatique. Notions qu'il est toujours indispensable d'avoir présentes à l'esprit pour pouvoir aborder avec fruit le traitement d'un accident psychonévrosique.

Ensuite nous envisagerons, d'un point de vue plus général, la question de l'Etiologie des Psychonévroses de guerre.

§ 1. — CRÉATION DE L'ACCIDENT PSYCHONÉVROPATHIQUE

1° Le commotionné [1]. — *a*) Surdi-mutité. — A la suite de l'éclatement d'un gros obus à proximité, un soldat (déjà fatigué par les surmenages physiques et moraux de la campagne) est projeté ou enterré sous un abri de tranchées : il est « *commotionné* ». Transporté sans connaissance au poste de secours, il revient peu à peu à lui, mais encore sous l'influence du choc et sous le coup d'une émotion intense il reste obnubilé, indifférent

(1) Nous n'avons en vue ici que les accidents purement psychonévropathiques consécutifs à la déflagration de gros projectiles à proximité. C'est dire que nous éliminons les troubles mentaux plus ou moins graves, plus ou moins durables, et les accidents dus à des lésions organiques des centres nerveux.

à tout ce qui se passe autour de lui. Le facies angoissé, l'air hagard, il ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; il ne semble d'ailleurs pas les entendre. Il y a une attaque en cours, le temps presse, le poste de secours se remplit, il faut évacuer. Le médecin du bataillon inscrit à la hâte sur la fiche : « commotion cérébrale » et le malade arrive à l'ambulance de triage. Là encore l'encombrement oblige à aller vite. Il ne s'agit pas d'un blessé dont l état parait nécessiter des soins immédiats. Le médecin ou l'infirmier a lu, souvent à haute voix, le diagnostic porté sur la fiche. On dirige immédiatement ce « commotionné » sur un hôpital d'évacuation.

Pendant ces transports successifs, le malade n'a pas prononcé une parole : il semble ne rien entendre, il paraît toujours obnubilé, absent à tout ce qui l'entoure. C'est au moment où il sortira de cet état confusionnel, consécutif à une commotion, ou souvent aussi à une émotion violente, que se place le moment critique de l'état de la suggestibilité particulière du sujet : auto-suggestion à la faveur de la réminiscence de la cause émotionnelle ou hétéro-suggestion due à l'entourage médical ou hospitalier. Au fur et à mesure en effet que s'atténue l'état de stupeur, le malade redevient peu à peu conscient, apte à recevoir les impressions extérieures sans cependant retrouver en lui la force, l'énergie psychique suffisante pour reprendre spontanément l'usage de la parole. S'il est évacué sur un Centre Neurologique de la zone des Armées, et traité comme il convient, alors la guérison sera immédiate et soudaine. Mais si au contraire l'on considère ce malade comme un organique, si l'on profère autour de lui des paroles imprudentes, on aura bien vite fait de fixer et pour longtemps la surdi-mutité. Un auriste consulté trouvera quelques lésions du tympan souvent peu graves et ne pouvant à elles seules expliquer l'intensité des troubles de l'ouïe, ou encore des troubles labyrinthiques et portera le diagnostic de *commotion labyrinthique !* Les infirmiers ou le personnel de la salle auront soin que le malade ne manque jamais de papier et de crayon pour lui permettre d'étaler tout au long l'histoire de son accident et de communiquer avec son entourage. Puis viendront les longues et interminables séances de rééducation par l'exercice de lecture sur les lèvres qui rarement abouti-

ront à un résultat favorable, mais plus souvent au contraire contribueront encore à fixer chez le malade la conviction de son infirmité.

b) **Paraplégie.** — D'autres fois les choses se passent différemment. Relevé sans connaissance après l'éclatement proche d'un obus, un soldat a été transporté sur un brancard. Quand il revient à lui, il se sent courbaturé de toutes parts, il est incapable de faire un mouvement. Evacué toujours avec ce diagnostic de « commotion » il est examiné à l'ambulance ou à l'hôpital d'évacuation. Après avoir constaté que ce malade ne pouvait remuer les membres inférieurs, le médecin qui l'examine pense qu'il est paralysé ; il lui demande s'il sent ses jambes ; il le pique : le malade ne sent rien. On conclut qu'il est paraplégique et on l'évacue pour cette raison. A l'hôpital de l'intérieur où il a été dirigé par erreur, la suggestion continuera et ne tardera pas à faire de ce soldat un paraplégique convaincu.

De la même façon se créeront une hémiplégie, une monoplégie.

c) **Plicature.** — Un soldat, après avoir été enfoui par l'éclatement d'un obus est relevé contusionné, souffrant de tout le corps. Evacué couché, il sera incapable de se lever pendant un, deux quelquefois trois mois. Durant ce temps on aura appliqué sur sa région lombaire, dont il se plaint surtout, des ventouses, des massages, des frictions, de nombreuses pointes de feu qui ne l'auront que peu ou pas soulagé. La première fois qu'il se lève, il ne peut marcher que plié en avant, en s'appuyant sur les deux cannes dont l'a muni son infirmière. Peut-être se rappelle t-il qu'à la suite d'accidents semblables, des camarades sont restés ainsi courbés pendant des mois, incapables de se redresser. Il craint qu'il en soit de même pour lui. Les tentatives qu'il fait pour se mettre droit sont encore trop douloureuses ; il y renonce pour aujourd'hui ; elles le restent les jours suivants. Le malade s'inquiète, le voilà convaincu qu'il est infirme et qu'il restera pour toujours plicaturé.

2° **Le petit blessé. — Main figée.** — Voici encore un soldat qui a reçu à la main un éclat d'obus qui a déterminé une plaie légère. L'encombrement des hôpitaux de l'avant, en période

d'opération active, a rendu obligatoire son évacuation sur un hôpital de l'intérieur. Le médecin a fait le premier pansement : C'est en période d'activité ; les salles contiennent de nombreux blessés graves. Il confie à des aides les pansements ultérieurs de ce « petit blessé » dont l'état est tout à fait satisfaisant. Ils seront faits avec le plus grand soin.

Pour que les mouvements soient moins pénibles, on fait un pansement volumineux. « *L'étendue et le volume du pansement*, dit Broca, *rendent le panseur important et le pansé sympathique* ». Pour que le malade puisse marcher sans souffrir, on complète l'immobilisation de son bras par une écharpe.

La plaie se cicatrise mais la main n'a pas récupéré ses fonctions motrices ; on évacue ce sujet sur son dépôt après une permission de 7 jours comptant que par l'utilisation de la main tout rentrera dans l'ordre. Au dépôt il éprouve encore de temps en temps quelques douleurs au niveau de sa plaie ; il évite de se servir de sa main. Il va à la visite où le médecin ne constate rien d'anormal, sauf un peu de gêne des mouvements des doigts. L'impotence va en augmentant à telle enseigne qu'on décide une nouvelle hospitalisation. Les massages, la mobilisation passive n'entraînent aucune amélioration. Le malade perd de plus en plus l'habitude de se servir de sa main, il la porte dans sa capote entr'ouverte ; le voilà convaincu de son infirmité. Des raideurs articulaires, parfois même des rétractions tendineuses viendront à une période plus ou moins éloignée, rendre toute tentative de mouvements plus douloureuse que jamais ; aussi n'essayera-t-il plus de remuer les doigts ; il redoutera même la moindre mobilisation. Bientôt sa main sera définitivement « figée ».

Ainsi se créeront les pieds tordus, les genoux fléchis, les bras d'écharpe, etc... dont le nombre est malheureusement considérable.

3° Le « petit malade ». — Pseudo-algie ; boîterie d'habitude. — Voici enfin un soldat qui à la suite de fatigues, de refroidissement, éprouve des douleurs réelles, d'origine variable dans un membre inférieur. Il résiste pendant quelques jours car il espère que cela passera. Les douleurs ne s'atténuant pas, il commence à craindre d'avoir « une sciatique » comme tel de ses

camarades qu'on a dû évacuer pour cette raison. Arrivé au cantonnement de repos, il va en boîtant à la visite où on l'exempte de service. Dans la très grande majorité des cas la cessation des causes de fatigue, les analgésiques au besoin ne tardent pas à donner une amélioration et permettront la reprise du service. Au cas où le moral tendrait à fléchir, les bons conseils, la fermeté douce du médecin suffiront à le remonter. Ces malades-là ne deviendront pas des fonctionnels.

Dans certains cas, beaucoup plus rares heureusement, les choses peuvent se passer tout différemment. Les joies de ce repos relatif font entrevoir au malade celles plus grandes encore d'un vrai repos à l'arrière. Il commence à moins redouter la possibilité d'une sciatique ; peut-être la désire-t-il déjà. Il retourne assidûment voir le médecin qui ne trouve pas de signes d'affection organique, mais n'a aucune preuve que la douleur invoquée n'est pas réelle. Les calmants habituels n'ayant entraîné aucun soulagement, on applique *larga manu* des pointes de feu qui n'auront pour effet que de consolider dans l'esprit du malade la réalité de sa pseudo-maladie. Le repos touche à sa fin, on va remonter en ligne. La révulsion n'a point donné le résultat attendu : les douleurs, au dire du patient, ont persisté, la boiterie s'est accentuée. On ne peut s'encombrer d'un tel impotent pour remonter aux tranchées. On décide son évacuation avec la fiche « sciatique » ou « algie ». Et voilà ce malade étiqueté pour longtemps « sciatique » et tout préparé à devenir un boiteur d'habitude, un prolongateur.

§ 2. — FIXATION DE L'ACCIDENT

Nous avons quitté ce sourd-muet, ce paraplégique, ce plicaturé, ce « petit blessé » en train d'immobiliser sa main, ce « petit malade » fixant une boiterie sur une algie déjà guérie, tous convaincus de l'existence d'une infirmité qu'ils croient parfois définitive. Mais sous l'influence de la vie hospitalière, grâce aussi à la sollicitude qui les entoure, cette infirmité devient peu à peu facilement supportée ; le malade s'y habitue. Il désire encore guérir, mais les

divers traitements auxquels il a été soumis restent sans résultat. L'idée d'incurabilité progresse dans son esprit. Il est envoyé à la mécanothérapie dont il a entendu parler : il y va faire un stage qui ne l'améliore pas. Les mois ont passé et il échoue parfois dans un Centre Neurologique. Bien souvent il ne croit plus à ce moment sa guérison possible. Il attend encore vaguement de l'électricité un soulagement mais il entend dire autour de lui que les applications en sont quelquefois douloureuses. Il s'y soumet cependant. Souvent par l'action psychique de ce traitement la guérison survient, miraculeusement, à sa grande stupéfaction et même aussi à sa grande joie.

Si le médecin, fatigué ou mal disposé, n'a pas su gagner sa confiance, si l'atmosphère morale du milieu est défectueuse, les traitements psycho-électriques doux resteront sans résultat, les courants forts ne détermineront que de la douleur, sans aucune amélioration. Le malade ne s'y soumettra plus volontiers les jours suivants. Il sera bien convaincu cette fois qu'il n'y a plus rien à faire.

A tout prendre ces traitements lui paraissent pour le moins inutiles, voire même plus pénibles que son infirmité. Il a organisé sa vie hospitalière de telle sorte qu'elle n'est pas maintenant dénuée de tout agrément. Elle lui semble en tout cas bien supérieure à la vie pénible qu'il a menée au front, et à laquelle le conduirait fatalement la guérison. Dans son esprit, celle-ci devient peu enviable ; il la désire moins que jadis ; peu à peu il la redoutera : il est devenu un « prolongateur ».

Vient-on à lui proposer un nouveau traitement, il le refusera, tant il lui semble inutile de souffrir encore après de si nombreuses tentatives inefficaces. Ce refus fera si mauvaise impression qu'on croira avoir affaire à un simulateur. Il ne l'est pas encore pourtant, mais il a perdu toute confiance dans la médecine et les médecins. Il estime qu'il a fait pour sa part tout son devoir, tout son possible pour guérir et qu'il a bien droit à quelque repos Une seule solution lui paraît équitable : la réforme.

Il a été blessé, après tout ! C'est parce qu'il a fait son devoir qu'il est réduit à la triste situation actuelle. N'est-il pas lui aussi une victime de la guerre et l'Etat ne lui doit-il pas réparation ?

La solution se fait-elle attendre, il confie ses malheurs à quel-

ques personnages influents, à son député, mettant en eux tout son espoir, et dès lors, il n'attendra plus son droit, il le réclamera. Peu à peu ces idées de revendication se préciseront, il se considérera comme une victime et se plaindra à tout venant. Il confiera sa cause au besoin aux journaux qui plaindront ce « glorieux mutilé ».

Tel est le cycle, rapidement esquissé à l'appui de quelques exemples, que peuvent parcourir ces psychonévrosés, cycle que M. Dupré a résumé si exactement en ces quelques mots, dont la réalité se vérifie aussi bien pour les accidentés de guerre que pour ceux du travail : *commotion*, *émotion*, *suggestion*, *exagération*, *simulation*, *revendication*.

§ 3. — NOTIONS D'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Nous avons montré, au début de ce chapitre, à l'appui de quelques exemples choisis parmi les plus fréquents, comment, à la suite d'une commotion par éclatement d'obus à proximité, d'un traumatisme, d'une blessure, d'une maladie, pouvait naître et se fixer un accident psychonévropathique.

Nous pouvons maintenant envisager la question d'un point de vue général et étudier l'étiologie des Psychonévroses de guerre dans leurs éléments essentiels pour en indiquer les **facteurs de prédisposition** et les **facteurs déterminants**. Pour cela nous résumerons en quelques lignes le chapitre consacré à cette question par Roussy et Lhermitte dans leurs « Psychonévroses de guerre ».

Les facteurs généraux de prédisposition. — Dans les psychonévroses la prédisposition morbide acquiert une importance de premier ordre. Bien que son action soit extrêmement difficile à déterminer rigoureusement, il n'en reste pas moins que la *constitution morbide névropathique*, héréditaire ou acquise, pèse d'un poids très lourd dans le déterminisme des accidents psychonévropathiques.

Cette constitution psychonévropathique peut se traduire par deux ordres de manifestations qui d'ailleurs ne s'opposent pas

l'un à l'autre : des manifestations d'*ordre émotif*, expression exagérée des réactions psychiques et physiques de l'émotion, et d'autre part, des manifestations d'*ordre hystérique* dont le caractère essentiel consiste dans la faculté de *dissociation des fonctions psychiques et la fixation indéfinie de la désagrégation d'une fonction.*

Ainsi les sujets atteints de troubles psychonévropathiques sont dans l'immense majorité des cas des *prédisposés*, héréditaires, constitutionnels souvent, prédisposés dès l'enfance par la conséquence d'une éducation défectueuse fréquemment.

Mais il est évident que la constitution n'est pas le seul facteur de prédisposition aux psychonévroses ; une série de facteurs entrent en jeu :

Les fatigues physiques et morales, l'insuffisance passagère d'alimentation, les intoxications et notamment l'alcool, sur les méfaits duquel on n'insistera jamais assez. Comme on l'a dit pour la tuberculose, on peut répéter que bien souvent l'alcool fait le « lit » à la névrose.

Peut-on trouver dans la profession antérieure du soldat ou dans son niveau social, ou encore dans sa situation militaire un facteur étiologique quelconque des psychonévroses ?

S'il est difficile de donner des indications précises à ce sujet, on peut admettre néanmoins que les professions qui exigent de l'individu des facultés de critique, de jugement, qui demandent un effort physique et moral soutenu non seulement ne favorisent pas l'éclosion des accidents névropathiques, mais lui sont nettement défavorables. Aussi comme H. Claude le remarquait, il est rare d'assister au développement d'accidents névropathiques purs chez des officiers instruits et notamment chez des médecins. Roussy et Lhermitte y ont à nouveau insisté.

Les facteurs déterminants. — Les grands facteurs déterminants des psychonévroses, nous l'avons vu, se résument aux quatre principaux suivants : la commotion, le traumatisme local, l'émotion, la suggestion.

La *commotion par explosion d'obus est directe ou indirecte.*

Par *commotion directe* il faut entendre avec Roussy et Lhermitte tout état morbide du système nerveux central provoqué par le choc physique portant sur l'enveloppe osseuse qui entoure

l'axe encéphalo-médullaire. Que le corps du sujet lui-même ait été projeté contre le sol, une tranchée, une paroi d'abri, ou qu'au contraire ce soit un projectile, obus ou balle, ou un tout autre objet déplacé violemment au cours d'une explosion et venant frapper avec force le crâne ou la colonne vertébrale, le résultat est le même : l'ébranlement du système nerveux.

Dans la *commotion indirecte* il s'agit de tout autre chose. S'il y a ébranlement du système cérébro-spinal, il est produit par la vibration aérienne qui se transmet au cerveau et à la moelle par les oscillations du liquide céphalo-rachidien recevant soit le contre-coup de l'ébranlement tympanique, soit la dénivellation brusque de la tension artérielle.

La commotion directe si elle est génératrice de troubles psycho-névropathiques détermine souvent des lésions matérielles du système nerveux ; la commotion indirecte au contraire donne surtout lieu aux accidents névropathiques.

Quelle part doit-on faire dans l'étiologie des accidents psycho-névropathiques à l'*émotion* ? C'est une question qui à l'heure actuelle est fort loin d'être élucidée.

La guerre présente a-t-elle solutionné cette question en apportant des faits démonstratifs et abondants ? Il ne semble pas, du moins quant à présent.

Pour Roussy et Lhermitte le rôle de l'émotion dans le déterminisme des psychonévroses demeure fondamental. Comme la commotion pure et simple, l'émotion suffit à déclancher la névrose ou à fixer sur un appareil le trouble psychologique qui est à la base même de l'accident névropathique.

Il est vrai que bien souvent s'additionnent la commotion et l'émotion et que faire le départ de ces deux facteurs est très difficile.

A côté de la commotion et de l'émotion il faut placer :

Le *traumatisme local* ; son rôle est de premier plan ; non pas qu'il suffise à lui seul à créer l'accident névropathique chez un sujet prédisposé, mais il constitue l'agent de fixation ou de « cristallisation » d'un état névropathique ébauché et imprécis jusque-là.

En apportant des perturbations évidentes dans la motricité et la sensibilité d'une région du corps, le traumatisme local agit de plusieurs manières. D'abord en créant un état émotionnel qui emprunte son importance et son intensité aux circonstances du

combat, puis en suggérant dans l'esprit du sujet, à la faveur de l'anesthésie mentale émotionnelle, l'idée d'un trouble fonctionnel plus grave que celui qui répond aux modifications organiques créées par le traumatisme.

On sait, par exemple, que le choc provoqué dans un membre par un projectile animé d'une grande vitesse initiale détermine immédiatement une « stupeur » des nerfs et une paralysie motrice et sensitive passagères complètes. Rapidement en quelques minutes, la torpeur, l'engourdissement ont cédé chez le sujet normal. Il en est tout autrement chez le névropathe pour lequel cet état d'impotence fonctionnelle se fixe et se stabilise comme nous l'avons indiqué plus haut à la faveur de l'auto-suggestion.

Nous voyons donc qu'en dernière analyse les deux facteurs principaux de l'accident névropathique ou de la psychonévrose sont : l'*émotion* ou la réviviscence de l'émotion favorisant l'*auto-suggestion*, origine immédiate de l'accident psycho-névropathique. Quant à la suggestion exogène son rôle quoique peut-être moins important dans la *création* des accidents est loin d'être négligeable en ce qui concerne leur *persistance*.

La plus importante est l'*hétéro suggestion médicale* C'est surtout dans la création des troubles de la sensibilité que son influence apparaît de la manière la plus nette (création d'anesthésies diversement réparties (Babinski)), mais on peut la retrouver également à l'origine des troubles moteurs.

L'*hétéro suggestion* de *blessé à blessé* ou de malade à malade avait paru plutôt rare à l'un de nous (Roussy) lorsque notre champ d'observation était surtout limité aux malades de la zone des armées. Si le fait reste exact pour cette catégorie de malades récents, il n'en est pas de même pour les pithiatiques anciens et invétérés de l'intérieur. L'analogie, la similitude des accidents notés chez des sujets voisins de lits, l'attitude parfois surprenante et identique que prennent certains plicaturés provenant d'un même hôpital, les caractères d'analogie des boiteries provenant des mêmes régions, montrent bien l'influence de la contagion directe de malade à malade ou de blessé à blessé. Si bien qu'à voir défiler à leur arrivée les psychonévrosés qui sont évacués sur notre Centre de Salins, il nous arrive souvent de pouvoir, sans interroger les malades, dire de quelle région, de quel Centre Neurologique ils arrivent !

CHAPITRE III

COMMENT PRÉVENIR LES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

Si les nécessités d'une prophylaxie des psychonévroses en général se déduisent spontanément de leurs facteurs étiologiques, les conditions de la guerre actuelle, devaient montrer dès le début de la campagne, l'importance prépondérante des mesures à prendre pour en éviter la propagation. C'est à cette œuvre que se sont attachés les Neurologistes français dès 1915 et notamment la Société de Neurologie de Paris qui, dans une série de vœux a réclamé l'application des mesures dont M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé Militaire a eu à cœur de tenir compte dans son organisation des Centres Neurologiques ou Neuro-Psychiatriques de l'Intérieur et des Armées.

Toute la prophylaxie des psychonévroses de guerre se déduit des faits étiologiques que nous avons décrits dans le précédent chapitre. Elle doit être poursuivie tant dans les corps de troupe que dans les formations sanitaires de la zone des Armées ou du Territoire. Passons donc en revue les mesures instituées à cet égard au *régiment*, dans les *ambulances de triage*, les *H. O. E.* et les *formations sanitaires des Etapes*, enfin dans les différents *milieux hospitaliers de l'intérieur*.

§ 1. — PROPHYLAXIE DES PSYCHONÉVROSES AU RÉGIMENT

Là, diverses possibilités sont à considérer : les troupes sont en période de combat, d'attaque, ou au contraire en période de stationnement dans les tranchées ou parfois dans les cantonnements de repos.

1° *En période de combat.* Nous avons vu que l'accident provocateur de l'hystérie relevait dans l'immense majorité des cas de ce que l'on a appelé les syndromes commotionnel ou émotionnel, consécutifs à l'éclatement d'un projectile à proximité, accompagné ou non d'enfouissement, que tôt ou tard chez ces sujets ainsi shockés au point de vue nerveux pouvaient apparaître les effets de la suggestion.

M.G. Dumas a insisté à juste titre sur la fréquence des troubles mentaux d'un syndrome confusionnel qui existe à des degrés divers chez la plupart des grands commotionnés ou émotionnés lorsqu'on procède systématiquement à sa recherche. Il a montré le rôle de cet état confusionnel léger dans l'étiologie des accidents nerveux d'ordre pithiatique que peuvent présenter ces malades et qui, s'intercalant entre le shock initial et les accidents, permet au malade l'exercice d'une activité fonctionnelle où il court le risque de s'auto-suggestionner facilement.

Un homme commotionné est amené au poste de secours dans un état de prostration complète avec l'apparence d'une absence totale ; souvent la perte de connaissance n'est qu'incomplète et l'homme n'est pas insensible à toute impression extérieure. D'autres fois ce sont des fugues collectives, inconscientes que l'on observe telles que les ont signalées De Rosselle et Oberthur.

Quelle sera alors l'action prophylactique à mettre en œuvre ? Elle sera d'abord celle exercée par le commandement ; elle dépendra de l'ascendant moral qu'il saura prendre à l'égard de ses hommes et dans lequel le rôle du médecin régimentaire pourra être important. Tous nos confrères qui ont eu l'occasion de faire la campagne comme médecins de bataillon ou de régiment ont insisté sur l'influence considérable qu'ils pouvaient avoir sur leurs hommes et ceux d'entre eux qui avaient des notions suffisantes sur la genèse des accidents névropathiques ont pu faire profiter leurs unités de leur expérience. Maurice Dide, comme Médecin Chef d'un bataillon de Chasseurs Alpins a insisté sur l'influence de l'ascendant moral des troupes d'élite en montrant que même au cours d'actions particulièrement violentes il avait pu, par une courte théorie morale, arrêter des hommes paraissant égarés comme s'ils avaient été surpris dans le sommeil et peu de temps après les renvoyer au feu dans l'ordre le plus parfait.

En dehors de cette action, morale et militaire, le médecin pourra encore agir médicalement à l'égard du blessé : en évitant de prendre pour un phénomène grave organique ce qui n'est qu'un trouble émotionnel ou psychique passager, et surtout en ayant soin de ne pas porter sur la fiche individuelle ou sur le billet d'hôpital un diagnostic, souvent d'autant plus erroné qu'il est trop précoce, et susceptible dans la suite de fortement impressionner le blessé.

A l'aide de ces précautions, et dès l'origine, le médecin régimentaire aura tout fait pour éviter la création par suggestion d'un accident psychonévropathique.

2° *Dans d'autres conditions, les troupes seront en stationnement dans un secteur plus tranquille, ou dans un cantonnement de repos.* Là encore, en plus de l'action morale que le médecin saura acquérir et conserver sur les hommes en ligne, sera utile celle qu'il exercera à l'infirmerie régimentaire.

En pareil cas, c'est la vie de tranchée avec ses manifestations de guerre relativement restreintes. Pour réaliser les accidents précédemment décrits, il y aura encore les bombardements plus ou moins fréquents, plus ou moins intenses, mais pareilles conséquences deviendront ici l'exception ; l'éventualité la plus habituelle sera la réalisation d'un état de fatigue physique et de fatigue morale résultant de la prolongation d'une vie matériellement pénible associée à une insécurité relative. Si l'on ajoute l'action des intempéries, du froid, de l'humidité, l'on comprendra que *les troubles pithiatiques le plus souvent observés seront ceux dérivant des troubles douloureux* dans leurs variables manifestations : algies diverses et surtout sciatiques, rhumatismes, courbatures, lumbago, etc... Que l'on y prenne garde, la façon, de la part du médecin régimentaire, de se comporter avec ces diverses manifestations a une importance considérable pour l'avenir des hommes atteints ; et l'un de nous (d'Œlsnitz) a pu, comme beaucoup d'autres médecins de bataillon, se persuader pendant une période très prolongée en ligne, de l'influence prophylactique capable d'être exercée en pareille occurrence et de ses importantes conséquences.

Que d'abord l'on observe de près le caractère de ces manifes-

tations douloureuses : souvent elles surviennent plus facilement dans les compagnies en réserve pour disparaître dans les compagnies en ligne.

En pareil cas le trouble douloureux est réel au début, exacerbé par les conditions matérielles défavorables ; mais plus tard il est psychiquement accentué par toutes les causes de surmenage physique et moral. Tant que l'homme comprend la nécessité de tenir il fait un gros effort de volonté et tolère son mal. Mais, que survienne une détente, il estimera que cet effort n'est plus de mise et aussitôt apparaîtront des troubles subjectifs plus intenses.

S'il a bien compris le mécanisme de ces troubles psycho-sensitifs, s'il en a apprécié l'origine, les caractéristiques et les tendances, s'il a su les distinguer ainsi des organopathies franches, beaucoup plus rares, alors le médecin régimentaire saura, non seulement en éviter l'aggravation, mais mieux encore en assurer la guérison.

Que survient-il en effet en pareil cas? Si le médecin de bataillon garde ces malades en observation pendant quelques jours, quotidiennement il les interrogera, leur causera, les rassurera. Il leur fera sentir qu'ils ont droit à quelques jours de repos, de chaleur, de confort, mais en revanche il les persuadera qu'à l'aide de ces moyens, bientôt ces troubles vont s'atténuer, puis disparaître. Avec de la conviction, avec une sévérité latente doublée de bienveillance réelle, il donnera à tous ces malades (sauf de rares mauvais esprits) l'impression, puis la certitude que ces accidents sont passagers. Et, de fait, quelques jours plus tard, le sciatalgique ne boite plus, le lumbago se redresse, le courbaturé s'assouplit. C'est ainsi que l'on peut observer constamment que la plupart des prédisposés, des habitués de ces manifestations douloureuses ont été capables de remonter en ligne aussitôt que la nécessité s'en faisait sentir.

En revanche, les médecins régimentaires savent bien, que nombre de malades porteurs de ces troubles douloureux, s'ils sont évacués, ne reparaissent plus au corps, ou que s'ils reviennent, ce ne sera qu'au bout de nombreuses semaines sinon de mois. Pourquoi cette différence d'évolution ? C'est vraisemblablement (nous éliminons toujours les cas d'organicité avérée) que dans cette seconde éventualité ces malades ont, après leur

évacuation, ajouté au léger trouble initial, des accidents psychonévrosiques passagers ou définitifs. Il suffit de lire les observations de malades de ce genre échouant dans les Centres Neurologiques régionaux présentant des troubles psychosensitifs datant de une, deux et même trois années pour se pénétrer de cette réalité.

Cela ne confirme-t-il pas l'utilité qu'il y a à réaliser, comme nous avons tenté de le faire ou de toute autre façon analogue, la prophylaxie de ces troubles, dès le régiment?

D'ailleurs cette action prophylactique n'est pas limitée aux troubles psychosensitifs que nous avons décrits comme réalisant l'exemple le plus probant. Elle s'étend, chez les hommes prédisposés, et par le même mécanisme, *à tous les cas d'hystéro-traumatisme*. Et c'est ainsi que l'on pourrait bien souvent, éviter qu'une légère entorse ne devienne un pied bot psychonévrosique, ou qu'une piqûre aux fils de fer barbelés ne donne naissance à une main figée.

§ 2. — PROPHYLAXIE DES PSYCHONÉVROSES A L'AMBULANCE DE TRIAGE, A L'H. O. E. ET DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA ZONE DES ÉTAPES.

Les malades, les blessés ont quitté le régiment soit par nécessité militaire, soit par nécessité médicale. Ils vont commencer leur cycle sanitaire par la zone des armées. Là est encore une période importante : qu'ils soient évacués sur l'intérieur, ils sont rayés des effectifs de leur unité, ils s'éloignent de l'atmosphère du front, ils rejoignent des hôpitaux plus importants, triple raison, militaire, morale et médicale pour achever d'imposer à leur esprit la gravité de leurs troubles, la longueur probable du traitement à venir Donc dans cette seconde phase, la prophylaxie consistera à soigner sur place toutes les affections rapidement récupérables, à éviter des examens capables d'éduquer les malades (recherche des troubles de la sensibilité, du signe de

Lasègue classique, etc.) (1), à habituer les hommes à l'idée de leur retour au régiment, réservant l'évacuation sur l'intérieur aux cas devant sans conteste nécessiter une très longue hospitalisation. Enfin et surtout elle consiste à dépister les affections psychonévrosiques sans les laisser filtrer à l'intérieur.

C'est dans ce but qu'ont été organisés les Centres Neurologiques d'armée, à la création et à l'installation desquels nous avons apporté notre contribution personnelle.

En janvier 1916, apportant dans un article nos premiers résultats obtenus après cinq mois de fonctionnement, nous arrivions aux conclusions suivantes :

« Ces résultats montrent qu'un service central de Neurologie et de Psychiatrie peut rendre dans une armée d'incontestables services tant au point de vue médical, qu'au point de vue militaire. Il évite à de nombreux fonctionnels les séjours d'autant plus dangereux qu'ils sont plus prolongés, dans les hôpitaux de l'arrière où ces malades vont généralement se perdre. Il permet le traitement des autres malades nerveux ou mentaux rapidement curables et l'évacuation directe sur des centres spéciaux de l'intérieur de ceux plus gravement atteints.

« Notre statistique personnelle nous donne jusqu'ici 38 0/0 de malades renvoyés directement, sur leur corps après guérison sur un total de 593 malades.

« Nous savons que notre collègue et ami le Professeur Agrégé Guillain a organisé dans une armée voisine un service analogue et que le Docteur Dumas dirige dans une autre armée un service de psychiatrie. Si, comme nous le pensons, leurs résultats sont conformes aux nôtres, la preuve sera faite sans doute de l'utilité de créer dans chaque armée un centre spécial de Neurologie et de Psychiatrie (Roussy et Boisseau, *Paris Méd.*, janv. 1916).

Peu de temps après se réunissait à Doullens (février 1916) le

---

(1) Beaucoup de malades ne sont pas ignorants des manœuvres classiques de recherche des altérations du sciatique. Il est donc bon de les dérouter en variant le mode d'exploration (Voir « Les manœuvres d'élongation du nerf dans le diagnostic des sciatiques médicales » par MM. G. Roussy, L. Cornil et R. Leroux. *Presse medicale*, no 49, 6 sept. 1917.

premier Congrès de Neurologistes militaires sous la présidence de M. Justin Godard, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire où fut élaborée la première charte réglant le fonctionnement de ces centres et reconnaissant la nécessité de leur création dans chaque armée. On sait qu'à l'heure actuelle en effet existent dans chacune des armées de notre front occidental, un ou deux centres Neuro-Psychiatriques ; dans ce dernier cas, l'un plus rapproché de la ligne de feu fonctionne comme centre de premier échelon et de premier triage ; l'autre placé dans la zone des Etapes, comme hôpital de second triage et de traitement. Dans ce dernier notamment sont hospitalisés les nerveux fonctionnels qui ont pu filtrer au contrôle du centre de l'avant ainsi que les hommes renvoyés de l'intérieur au front, ou revenant de convalescence, et qui pour récidive, sont arrêtés à la gare régulatrice.

La guérison facile et rapide des hystériques au Centre Neurologique d'armée, leur renvoi au bout de peu de temps à leur unité, réalise une action prophylactique certaine en répandant parmi les troupes en secteur la facile curabilité des accidents hystériques et leur peu de gravité.

§ 3. — PROPHYLAXIE DES PSYCHONÉVROSES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE L'INTÉRIEUR

Les procédés de filtration ci-dessus énoncés, s'ils sont bien appliqués, particulièrement dans les périodes d'accalmie, ne laisseront aboutir dans les services de l'intérieur qu'un nombre infime de nerveux fonctionnels. Il va sans dire cependant qu'au cours d'opérations actives, la filtration devient forcément insuffisante et c'est ce qui explique en partie la présence de nombreux malades de cette catégorie dans les centres de l'intérieur.

Mais en plus des accidents hystériques nés à l'avant, il en existe un grand nombre qui sont apparus tardivement, nés en quelque sorte sur place, soit dans les hôpitaux du territoire, soit dans les dépôts des corps de troupe.

Il est inutile nous semble-t-il de rappeler longuement le but et le rôle prophylactique des Centres Neurologiques de l'intérieur

dont le fonctionnement et le rendement sont actuellement connus de tous.

Qu'il nous suffise cependant d'insister tout particulièrement sur l'utilité de l'action que peut exercer à cet égard le neurologiste dans une région donnée, par l'activité qu'il mettra à parcourir certains services de médecine et de chirurgie générales, les centres de spécialités et notamment les centres de physiothérapie.

Qu'il s'agisse d'affections médicales ou plus souvent de lésions chirurgicales, le moment de la convalescence du malade ou du blessé doit être attentivement surveillé. C'est alors, nous l'avons vu et nous tenons à le répéter, que sous l'influence de la durée et plus particulièrement de l'immobilisation, se sont créées des fixations psychiques réalisant des attitudes vicieuses (genoux et coudes fléchis, pieds bots, mains figées, etc.) ou des troubles de la marche (boiterie antalgique, boiterie d'habitude).

L'action prophylactique du Neurologiste consistera ici à répandre dans la fraction du milieu médical non encore prévenu de ces faits comme parmi les blessés ou les malades, l'idée de facile curabilité de la plupart de ces troubles, lorsqu'ils sont traités comme il convient dès le début. Du reste cette notion est aujourd'hui bien connue par la plupart des chirurgiens, qui, de différents côtés, se sont efforcés de signaler les dangers d'une trop longue immobilisation.

M. A. Broca dans un volume récent paru dans cette collection a insisté sur les attitudes d'immobilisation et sur la surveillance que doit exercer le chirurgien au moment de la reprise de fonctionnement d'un membre.

Le neurologiste ne se contentera pas d'empêcher les cas nouveaux de se produire. Il cherchera dans les services généraux les cas anciens pour les envoyer dans les hôpitaux spéciaux où ils pourront être judicieusement traités, Il s'assurera que des fonctionnels ne soient pas munis d'appareils orthopédiques qui loin de guérir les accidents ne contribueront qu'à les fixer.

L'un de nous a pu, en 1917, à la suite de l'offensive du 16 avril réaliser un traitement presque abortif d'une série de mains figées, de pieds bots, de genoux fléchis, etc..., chez des petits blessés, chez lesquels au bout d'un mois les signes du

« syndrome d'immobilisation » faisaient leur apparition. La suppression des volumineux pansements, des planchettes, des écharpes, des cannes ou des béquilles, quelques exercices de rééducation ont bientôt fait de ramener chez ces hommes à la fois la disparition des troubles moteurs, en même temps que des phénomènes secondaires naissants (hypothermie, cyanose, troubles trophiques cutanés, etc...).

Le traitement et la guérison des accidents nerveux dans les centres neurologiques de l'intérieur contribuent également à répandre l'action prophylactique. Le retour des malades guéris dans leurs dépôts respectifs contribue à propager l'idée de la curabilité : c'est là une véritable contre-suggestion.

Et cette action est telle qu'après une année de fonctionnement de notre centre des Psychonévroses de Salins, nous avons vu le nombre des cas régionaux décroître rapidement et qu'actuellement nous limitons notre action presque uniquement aux malades envoyés des autres Centres de l'intérieur, ou à ceux, réformés par erreur, que nous arrêtons aux Centres Spéciaux de Réforme, au cours des visites trimestrielles ou bisannuelles.

Le fait de guérir les psychonévroses de guerre n'a pas seulement pour conséquence de faire disparaître des accidents psychonévropathiques existants, il permet encore de répandre dans le pays, dans l'opinion publique la notion de la curabilité de ces troubles morbides considérés à tort et trop souvent comme définitifs.

Faire accepter cette notion, c'est aider à l'avenir les médecins dans leurs tentatives thérapeutiques ; c'est aussi diminuer l'éclosion nouvelle des manifestations pithiatiques, dans lesquelles la contagion mentale joue un rôle si important.

CHAPITRE IV

COMMENT TRAITER LES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

Le traitement des psychonévroses de guerre découle directement de leur nature : troubles ayant pour base un élément psychique, ils relèvent de la psychothérapie raisonnée et persuasive, telle qu'elle a été préconisée et pratiquée depuis nombre d'années par Dejerine, Babinski, Dubois, etc.

Mais la guerre, en multipliant à l'infini le nombre des psychonévroses (dans un temps relativement court) et en modifiant leurs conditions d'apparition, devait créer de nouvelles nécessités et réclamer une thérapeutique énergique et rapide. Il fallait en effet lutter contre l'extension, par contagion morale, des troubles névropathiques en prenant des mesures prophylactiques appropriées ; il fallait rendre possible le traitement de ces malades, presque tous curables, afin de renvoyer aux armées ceux qui peuvent redevenir des combattants ou de permettre l'utilisation à l'intérieur de ceux qui ne peuvent plus retourner au feu. Dans ce but, le Service de Santé a groupé dans des services spéciaux « Centres Neurologiques ou Neuro-Psychiatriques » de l'intérieur ou de la zone des armées, les malades de cette catégorie. Cette organisation a donné d'excellents résultats, elle a rendu de grands services, tant aux malades eux-mêmes qu'à la collectivité.

Dans ce chapitre nous allons exposer la façon de traiter et de guérir les psychonévrosés. Sans doute, chaque neurologiste aura ses procédés personnels qu'il préférera à tout autre parce qu'ils lui donnent de bons résultats ; sans doute aussi il y a de multiples façons de procéder, variables suivant les cas et les indi-

vidus : méthodes lentes et méthodes rapides. De même que tel malade fait, en quelque sorte, son accident psychonévrosique à sa manière, et lui donne souvent une empreinte individuelle, de même tel médecin impliquera à sa méthode thérapeutique une note individuelle. En somme, c'est affaire d'équation personnelle.

Il est indispensable pour le traitement, comme pour la prophylaxie, de bien connaître la genèse habituelle des accidents psychonévrosiques et l'état mental des malades qui en sont atteints. Nous avons décrit l'un et l'autre dans un précédent chapitre.

Nous verrons maintenant très succintement quelles sont les différentes méthodes réalisables de traitement des psychonévroses, pour décrire ensuite notre façon d'appliquer la psychothérapie. Puis nous indiquerons les modifications à apporter au traitement suivant le lieu (zone des armées, zone de l'intérieur), suivant leur nature (troubles psychonévrosiques purs ou associés). Nous terminerons ce chapitre par quelques considérations générales et par quelques exemples de traitement.

Le rôle du médecin ne devra pas se borner seulement à guérir les accidents psychonévropathiques. Il faudra aussi, et peut-être même surtout, s'efforcer de modifier l'état mental des sujets, si intensément troublé. Ce n'est pas là toujours besogne facile.

Voyons parmi ces différentes méthodes celles qui tendent à ce but.

A. — Les différentes méthodes thérapeutiques

Si *l'hypnotisme* a été fort en honneur autrefois, il ne compte plus guère de partisans actuellement, en France du moins. Certes il permet d'obtenir facilement et rapidement la guérison de beaucoup d'accidents pithiatiques, mais il ne modifie pas le terrain mental, et même, il tend à augmenter la suggestibilité déjà si grande des sujets atteints. Cette raison suffirait à elle seule à faire rejeter cette méthode. Il en est d'autres. D'abord tous les sujets ne sont pas hypnotisables et il ne serait pas sans inconvénient de traiter des malades ou blessés de guerre par un procédé qui leur impose une suggestion en leur enlevant tout contrôle sur eux-mêmes. Enfin il n'est pas douteux que,

maintenant surtout, après plus de quatre ans de guerre, beaucoup de malades refuseraient ce traitement.

La suggestion directe, celle qui consiste à administrer une pilule de « mica panis », de bleu de méthylène, etc... sans action directe du médecin, aurait peut-être moins d'inconvénient. Mais si elle peut faire disparaître des accidents récents chez des malades particulièrement crédules ou suggestionnables, elle ne réussira que bien exceptionnellement chez les malades anciens, qui ont subi déjà de nombreux traitements. En outre, et surtout, cette méthode ne peut avoir aucune influence favorable sur l'état psychique. Enfin il ne s'agit pas là de procédés médicaux dignes de ce nom.

La persuasion raisonnée telle que la pratiquait le professeur Dejerine est, sans conteste, une méthode parfaite de psychothérapie. Elle consiste à montrer au malade la nature véritable de sa maladie, à lui prouver qu'elle n'est due à aucune lésion organique, mais bien tout simplement à une conviction erronée, à une suggestion mauvaise qui s'est établie dans son esprit ; qu'il ne dépend que de lui de corriger cette erreur dont la disparition lui permettra de mobiliser son bras ou sa jambe qu'il croit paralysée. Elle consiste à employer un raisonnement exact, plus ou moins scientifique suivant les sujets et qui arrive à entraîner la conviction du malade. Elle réside comme dit Brissaud « dans l'ensemble des moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable ». — A coup sûr, c'est la méthode de choix. C'est celle qui permettra le mieux d'agir sur l'état psychique et nous avons dit déjà que c'était là le point important. *Employée seule*, sans le secours d'adjuvants dont nous parlerons plus loin, elle n'est malheureusement pas toujours applicable dans les circonstances actuelles. Outre qu'elle exige du médecin un temps habituellement considérable, elle ne peut s'appliquer à tous les cas. Si elle peut et doit toujours être employée seule chez les hommes d'intelligence exceptionnelle, elle risquera souvent d'échouer chez les sujets d'intellect moyen ou insuffisant, et surtout chez ceux qui ont perdu tout espoir, parfois même tout désir de guérir ; chez ces prolongateurs très souvent inconscients, mais conscients aussi parfois dont le nombre est grand dans les services spécia-

Fig. 1. Aug... — *a) Contracture du genou gauche en extension, consécutive à ploie du creux poplité par éclat d'obus.*

Mouvements actifs et passifs nuls au niveau du genou ;
Légère atrophie musculaire du membre inférieur gauche;
Troubles caloriques de la jambe et du pied par temps froid.

b) Même malade après la première séance de traitement.
La flexion active du genou se fait d'une façon complète. Le malade, marche, court, descend et monte les escaliers, s'assied d'une façon normale.

Fig. 2. Dur... — *a) Contracture du genou droit en flexion, consécutive à plaie de la fesse par éclat de bombe. Durée 27 mois.*

Dans la station debout, le pied droit ne repose sur le sol que par la pointe des orteils ; la jambe est fortement fléchie sur la cuisse. Démarche salutatoire ; le genou droit restant complètement immobile pendant la marche.
Mouvements actifs : la flexion de la jambe sur la cuisse est possible, l'extension ne l'est pas;
Mouvements passifs : l'extension n'est obtenue que très difficilement;
Hypotonicité unilatérale très nette ; la face postérieure de la jambe droite et le talon s'accolant à la face postérieure de la cuisse et à la fesse, alors que cela est impossible du côté gauche.

b) Même malade après la première séance de traitement.
L'extension se fait de façon sensiblement normale ; le malade marche presque normalement.

Fig. 3. Ach... — *a) Contracture du coude gauche en flexion, consécutive à plaie du coude par éclat de grenade, datant de 5 mois.*

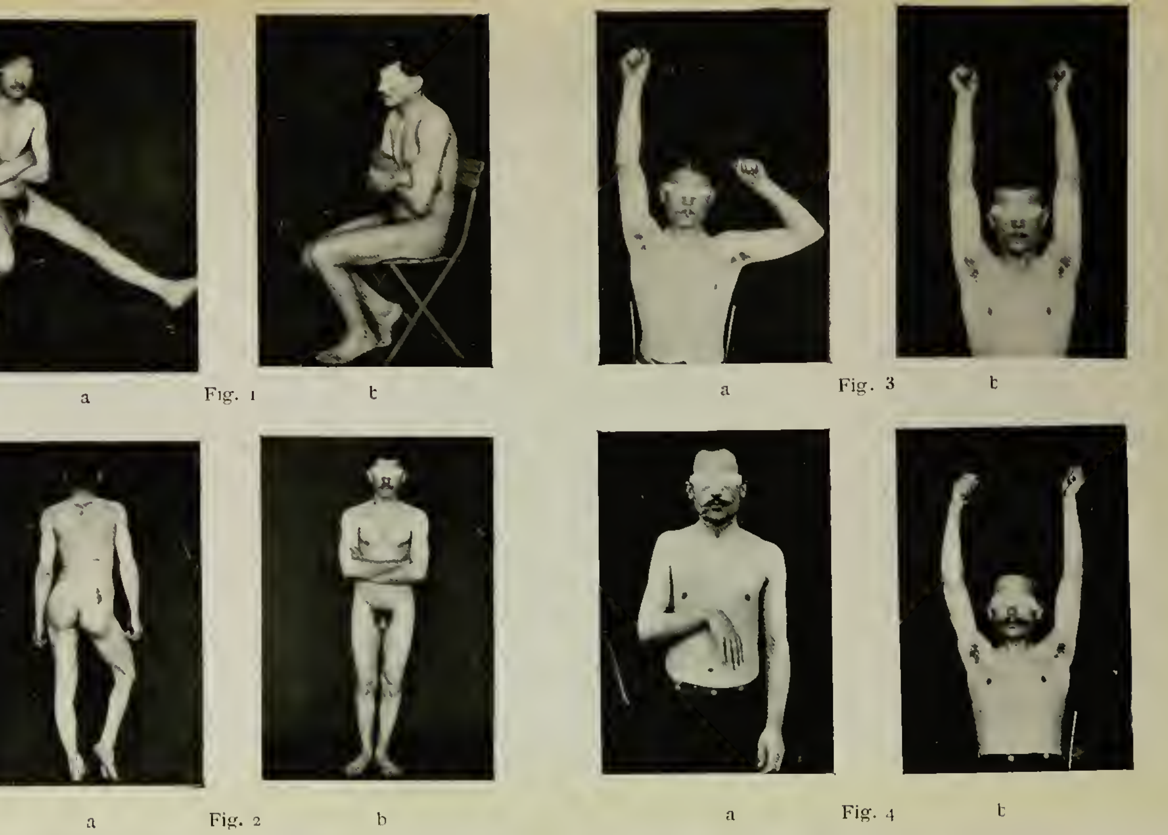
Maintenu dans une écharpe pendant trois mois ; au bout de ce temps, le malade ne peut plus étendre le bras ; il continue dans la suite à porter sa main dans l'ouverture de sa capote.

b) Même malade après traitement.
Pendant les jours qui ont suivi la première séance : réaction articulaire douloureuse avec gonflement, qui a disparu au bout de quelques jours, l'articulation reprenant son jeu tout à fait normal.

Fig. 4. Bou... — *a) Bras d'écharpe (contracture du biceps et pseudo-paralysie radiale) consécutif à plaie par shrapnell de l'avant-bras droit, datant de 20 mois.*

On note par temps chaud des troubles vaso-moteurs très apparents le matin ;
Troubles trophiques de la peau et des ongles;
Hypotonicité des fléchisseurs des doigts et des extenseurs de la main.

b) Même malade après la première séance de traitement.
La pseudo-paralysie radiale a complètement guéri. On a gagné dans l'extension du coude près de 45°. La raideur douloureuse de l'articulation empêche l'extension totale.



a Fig. 1 b

a Fig. 3 b

a Fig. 2 b

a Fig. 4 b

lisés. De plus pour que cette méthode donne vraiment de bons résultats il faut non seulement que les malades ne soient pas groupés en trop grand nombre, mais encore qu'ils soient à l'abri de toutes influences fâcheuses, de toute contre-persuasion ; conditions difficiles à réaliser dans les services spécialisés où se trouvent réunis les sujets de bonne et de mauvaise mentalité.

Alors que par la persuasion seule on n'obtient que bien rarement la disparition soudaine d'un accident psychonévropathique, l'adjonction d'un moyen de suggestion permettra d'atteindre ce but. Cette guérison soudaine du trouble moteur n'est pas sans influencer heureusement le psychisme du malade. C'est sur le principe de cette association thérapeutique qu'est basée la *méthode brusquée* de M. Babinski. C'est elle que nous avons mise en pratique avec quelques modifications destinées à l'adapter à la mentalité spéciale des hystériques militaires. Elle nous a donné d'excellents résultats.

Les moyens de suggestion, adjuvants de la persuasion, varient suivant le tempérament de ceux qui les mettent en œuvre, et se jugent à leurs résultats. Le cadre de ce livre nous empêchant de les décrire tous, nous nous bornerons à exposer les moyens dont personnellement nous nous sommes servis depuis un an et demi à Salins pour aider notre persuasion et à dire comment nous avons pratiqué celle ci.

B. — Comment nous appliquons la psychothérapie.

Pour changer l'état psychique de malades anciens, ayant subi déjà de très nombreux traitements, ayant souvent perdu toute confiance dans la médecine et les médecins, il nous a semblé qu'une période de préparation était indispensable. C'est seulement après celle-ci que nous cherchons à faire disparaître, à «décrocher» l'accident psychonévropathique. Ce résultat obtenu, nous continuons par des séances quotidiennes, dans le cabinet médical, à confirmer la guérison de l'accident moteur. Nous soumettons enfin nos malades à un entraînement militaire. Nous allons examiner successivement chacune de ces phases du traitement :

1° Préparation ; — 2° Réduction du trouble moteur (décro-

chage, déclanchement, etc.) ; 3° — Consolidation du résultat obtenu (ou fixation) ; — 4° Entraînement médical et militaire.

1° Préparation.

C'est là à notre avis, le temps capital de notre méthode psychothérapique. Cette préparation commence au Noyau central de notre Centre Neurologique où se fait le triage entre les organiques et les fonctionnels. Après un examen approfondi, ces derniers sont avertis de la curabilité de leur maladie. Dès lors l'on s'efforce progressivement d'enlever de l'esprit du malade l'idée trop souvent ancrée que les médecins ne peuvent plus rien pour lui, qu'il est définitivement infirme, qu'il n'y a plus qu'à le laisser se promener, s'occuper, se distraire comme il l'entend. Au contraire, nous lui demandons de garder le repos au lit en lui expliquant combien ce repos pourra faciliter sa guérison prochaine. Les conversations persuasives du médecin parviennent généralement déjà à modifier la mentalité du malade, à lui faire entrevoir la possibilité d'une guérison à laquelle il avait souvent renoncé depuis longtemps, à lui faire accepter un nouvel essai de traitement qu'il était parfois décidé à refuser. Les causeries avec des camarades antérieurement guéris ou les lettres d'amis qui viennent d'être traités, achèvent fréquemment d'entraîner une conviction jusque-là hésitante.

« Cette psychothérapie, dit Rimbaud, que j'appellerai volontiers « psychothérapie mutuelle » est certainement de toute efficacité. Je veux en donner un exemple. Nous avions envoyé du Centre

---

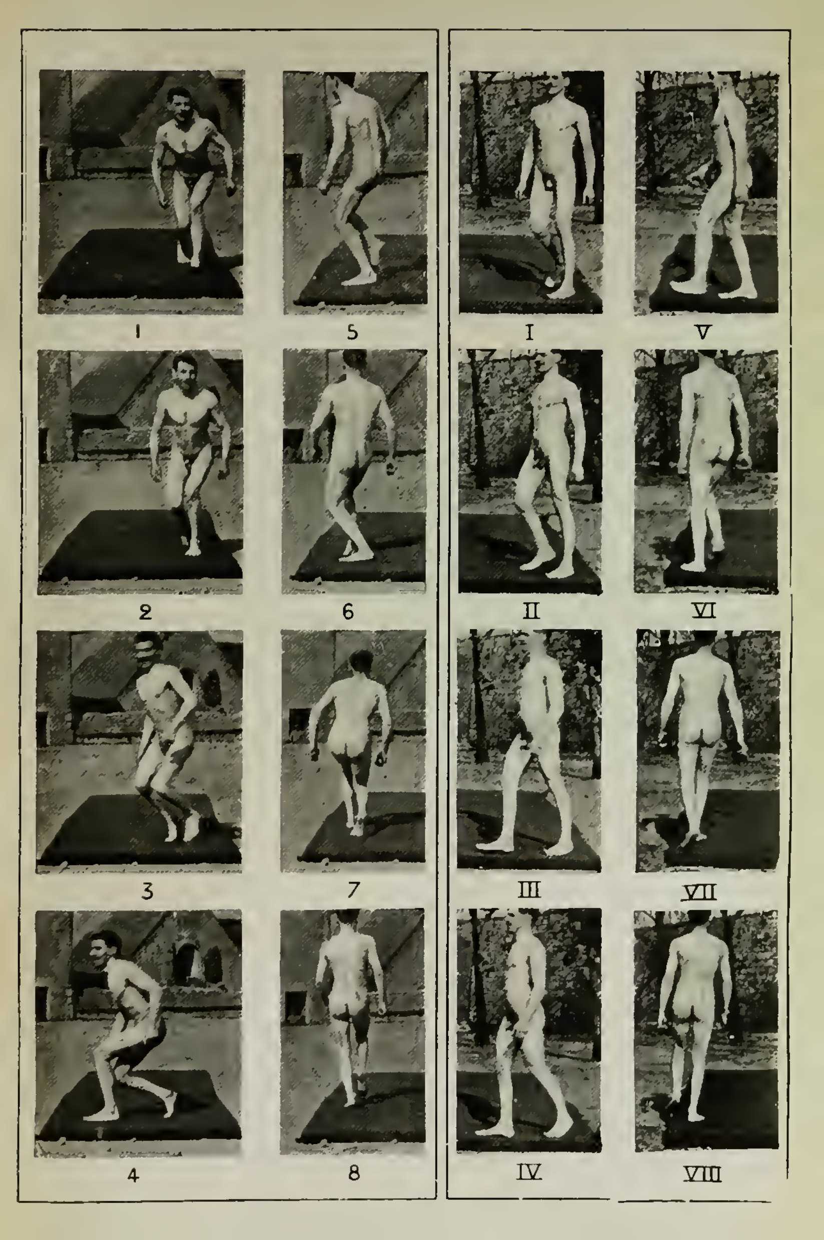
EXPLICATION DE LA PLANCHE III

DUR... — *Contracture du genou droit en flexion, consécutive à plaie de la fesse par éclat de bombe, datant de 27 mois.*

Pour les détails de l'observation, voir planche II, figure 2.

Fig. 1 à 8. — Epreuves cinématographiques prises pendant la marche avant le traitement, et montrant la boiterie prononcée à temps droit du malade.

Fig. I à VIII. — Epreuves cinématographiques prises pendant la marche immédiatement après la première séance de traitement.


1
5
I
V
2
6
II
VI
3
7
III
VII
4
8
IV
VIII

de Neurologie de Marseille au Centre de Neurologie de la 7e Région un groupe de 12 psychonévrosés, particulièrement difficiles. L'un d'eux, un plicaturé, le soldat Bat... arrivé à Besançon se présente à M. Roussy avec la même attitude arrogante et indisciplinée qu'il avait eue pendant sa longue hospitalisation dans mon service et il refuse catégoriquement son transfert à Salins ; il ne veut pas être traité. « On ne m'a pas guéri depuis plus de deux ans que je suis dans les hôpitaux, ce n'est pas ici que l'on me guérira ». Et son refus lui vaut une série de punitions.

« Or, le jour où avec M. Roussy j'étais à Salins, on nous téléphone que ce même soldat Bat... demande avec insistance son départ pour Salins Il veut être traité. Que s'était-il passé ? Un de ses camarades arrivé de Marseille en même temps que lui, plicaturé comme lui, avait été redressé en une séance. Un autre psychonévrosé difficile qui, hospitalisé déjà à Salins, a vu la cure, a écrit à Bat... à Besançon, cette guérison merveilleuse, et l'engage à se faire traiter aussi. Bat... est convaincu, il accepte le traitement ; et M. Boisseau vient de m'écrire que le redressement a été facilement et complètement obtenu. La lettre d'un camarade avait, en transformant la mentalité de Bat .., renversé le principal obstacle qui empêchait la guérison.

« Quatre ou cinq jours, quelquefois plus dans cet atmosphère, et le psychonévrosé est complètement « mûr ». Il ne reste qu'à le «cueillir» dans la séance de psychothérapie active proprement dite(1).»

« Cette atmosphère, dit Naville, doit réussir à modifier et parfois à retourner complètement la mentalité du malade, avant le moment même de la contre-suggestion de ses symptômes particuliers. Sans elle, la guérison d'un pithiatique de guerre invétéré ne peut être obtenue qu'avec de moindres chances de succès, et que par le moyen d'un traitement violent, brusqué et brutal, mettant en œuvre la force et la surprise plus que la douceur et la persévérance. On sait que ce traitement brusqué, simple intensification du moyen de suggestion que Babinski employait couramment avant la guerre avec autant de maîtrise que de succès, a donné des résultats thérapeutiques déjà remarquables chez des soldats, entre les mains du Docteur Vincent. Mais l'expérience semble avoir cependant montré maintenant, et de façon définitive, que le traite-

(1) L. Rimbaud. « Le traitement des psychonévroses de guerre et des troubles nerveux dits « réflexes ». Une visite au Centre de Neurologie de la 7e Région ». *Marseille-Médical*, no 27, 1er oct. 1917, p. 820.»

ment par la préparation psychologique, puis par une contre-suggestion douce et indolore des symptômes, donnait des résultats encore supérieurs.

. . . .

« Au point de vue du procédé, la séance de traitement consiste donc en une simple contre-suggestion des symptômes, appuyée suivant le cas de faradisations indolores (plicatures, hémi, monoparaplégies) ou de correction d'automatismes vicieux (troubles de la démarche surtout), ou de mobilisation brusquée (mains figées). Il ne diffère donc pas de celui que tout médecin a une fois au moins dans sa carrière employé pour guérir une contracture ou une aphonie psychique, et de ceux qui sont utilisés pour toutes les cures par suggestion, tant par des médecins que par des guérisseurs. Je me souviens avoir vu jadis chez Bernheim combien les cas justiciables de cette thérapeutique sont plus fréquents qu'on ne le croit, et tous les médecins savent du reste quelle est souvent la part de la foi et de la suggestion, dans l'action efficace des médicaments ou des traitements physiques qu'ils prescrivent au malade, quand il y a des symptômes fonctionnels surajoutés aux organiques Mais ce qui est tout particulièrement frappant et encourageant à Salins, et émouvant même parfois, c'est de voir céder subitement des contractures ou des plicatures qui avaient résisté depuis plusieurs années à la force, aux massages et à la mécanothérapie, des astasies trépidantes qui clouaient le malade au lit depuis 1914, des mains figées et des paraplégies qui étaient restées stationnaires depuis longtemps, quand elles n'avaient empiré progressivement et ne s'étaient pas compliquées peu à peu de symptômes organiques secondaires, tels qu'atrophies, rétractions musculaires, altérations articulaires, troubles trophiques, vaso-moteurs et thermiques. Ainsi s'affirme d'une façon saisissante l'efficacité de la suggestion douce après une patiente et judicieuse préparation psychologique » [1].

Nous continuons cette préparation dans un second hôpital d'attente que nous avons créé pour un double but : permettre tout d'abord l'hospitalisation d'un plus grand nombre de malades, permettre surtout l'entrée par « petits paquets » à l'hôpital de traitement de façon à éviter dans ce dernier les arrivages trop

(1) F. Naville (de Genève). « Le traitement et la guérison des Psychonévroses de guerre invétérées à l'hôpital Saint-André de Salins ». *Correspondenz-Blatt fur Schweizer Aerzte*, 1918, N° 25.

considérables en un seul jour, ce qui ne serait pas sans inconvénients pour l'application du traitement.

Quand nous voyons que le malade est convaincu qu'il peut guérir, ce qui se traduit bien souvent par ses demandes instantes et spontanées d'être traité le plus tôt possible, nous le prenons à l'hôpital de traitement. Là encore, il sera préparé pendant les quelques jours qui suivent son entrée, et ceci surtout par l'atmosphère morale du milieu que nous avons pu créer et que nous nous efforçons d'entretenir par les précautions suivantes : C'est d'abord la constitution « harmonieuse » de nos salles où nous essayons d'obtenir le maximum d'influences réciproques entre les occupants ; le sujet à mauvaise mentalité sera « noyé » dans une salle de bons malades ; le cas difficile sera placé à côté d'autres atteints de troubles semblables mais déjà guéris. En un mot, par une observation attentive, par un remaniement constant, nous essayons d'obtenir par la contagion de l'exemple, par cette véritable psychothérapie indirecte, le maximum de rendement. C'est dans ces conditions que nous surveillons le malade quant à l'évolution de son état psychique et que nous ajoutons à chaque occasion notre influence personnelle à celle de l'ambiance.

Il ne s'agit plus alors que de savoir déterminer le *temps optimum* de cette période d'incubation psychothérapique. La durée du stade de préparation variera de quelques jours à plusieurs semaines, suivant les cas, les mentalités ou les conditions morales ambiantes.

Et dès lors, quand on a acquis l'impression, par l'étude de l'évolution psychique du sujet, qu'il se trouve au maximum favorable de cette préparation spéciale, on passe au temps suivant.

2° Réduction du trouble moteur (décrochage, déclanchement, etc.).

Il consiste à faire disparaître l'accident psychonévrosique. Il sera d'autant plus facile que la préparation du patient aura été plus parfaite. Si le médecin a su gagner la confiance de son malade, s'il a su lui donner non seulement le désir de guérir,

mais encore la foi dans une guérison certaine, celle-ci sera facilement obtenue.

a) **Choix du moment.** — Il est très important. Il dépend uniquement de la préparation du malade. Il faut que celle-ci ait amené le patient à « maturité » psychique. Il sera facile de s'en rendre compte à la visite quotidienne. On ne devra cependant pas se contenter d'entendre le malade insister pour être traité au plus tôt; il faudra encore s'assurer qu'il croit sa guérison possible et qu'il la désire réellement. Ceci est affaire de psychologie ; on en acquiert vite l'habitude.

Il ne suffit pas que le malade soit prêt; il faut que le médecin le soit aussi. Il va avoir à soutenir avec le patient une lutte morale dont il doit sortir victorieux. Il est donc nécessaire que le médecin se sente « en forme » et qu'il ait tout son temps. Parfois en effet la guérison peut se faire attendre plusieurs heures et il ne faut pas « lâcher » avant d'avoir obtenu celle-ci ou du moins une très grosse amélioration. Il faut tout faire pour que le décrochage ne dure que quelques minutes, mais il faut prévoir et accepter qu'il pourra durer 2, 3, 4 heures et plus, si une faute insoupçonnée a été faite pendant la préparation ou commise involontairement au début de la séance de traitement.

b) **Technique.** — Examen du malade. — Pour que le malade se sente en confiance avec son médecin, il est bon de le traiter en dehors de ses camarades, dans le cabinet médical. Nous avons l'habitude de rester seul avec lui afin qu'il ne se croie pas l'objet d'une curiosité qui pourrait détourner son attention.

On procédera d'abord à un examen aussi complet, aussi détaillé que possible afin que le malade puisse se convaincre que son diagnostic a été sérieusement établi et que le médecin est nettement fixé sur sa maladie. Il est bon d'examiner le sujet complètement nu. On évitera avec le plus grand soin pendant cet examen toute parole, tout geste qui pourraient être dans son esprit le point de départ d'une suggestion inverse. On ne s'occupera des troubles de la sensibilité que si le malade attire lui-même sur eux l'attention du médecin. On les recherchera en tenant compte des règles qu'a formulées à cet égard M. Babinski : on ne demandera pas au malade, s'il a senti la piqûre qu'on vient de lui faire, mais on le priera d'indiquer par un mot aussitôt et

chaque fois qu'on le piquera, ou mieux encore, on lui dira de montrer avec un doigt l'endroit où elle a été faite. Le malade dit-il qu'il ne sent rien, on lui affirmera qu'il est extrêmement facile de faire revenir sa sensibilité et c'est par cela qu'on commencera le traitement. C'est là d'ailleurs une circonstance généralement favorable. Dans l'immense majorité des cas, le retour de la sensibilité est très facilement obtenu par simple application du pinceau faradique et ce fait n'est pas sans influencer heureusement le malade. Ceci aidera singulièrement la disparition du trouble moteur.

Conversation persuasive. — Après l'examen, au cours d'une conversation aussi persuasive que possible, on expliquera au patient la nature de sa maladie. On lui affirmera la certitude que l'on a de le guérir. Cette conversation est un des temps les plus importants. Elle variera suivant les cas et surtout suivant l'intelligence des sujets. S'il s'agit d'un homme de culture au-dessus de la moyenne, cette simple persuasion, à condition qu'elle soit bien faite, *avec conviction* et *avec cœur*, suffira dans bien des cas, sans autre moyen adjuvant, pour obtenir la disparition du trouble fonctionnel. C'est là, nous l'avons dit déjà, le traitement idéal parce qu'il permet d'influencer de façon heureuse l'état psychique momentanément affaibli du sujet.

Dans les circonstances actuelles, il est assez rare que cette conversation seule permette d'obtenir des résultats suffisants. Les esprits simples auxquels l'on a souvent affaire, non habitués aux raisonnements scientifiques, n'acceptent pas volontiers qu'un discours puisse les guérir. Ne sait-on pas d'ailleurs combien peu de malades, dans la pratique habituelle, admettent que le médecin termine sa consultation sans donner une ordonnance et combien de fois le remède prescrit n'a-t-il pas d'autre efficacité que son action psychique ! Il ne faudra donc pas s'en tenir à la conversation persuasive. Celle-ci, nous le répétons, est la partie capitale du traitement, mais il lui faut un adjuvant.

Adjuvants de la persuasion. La faradisation. — Obligatoirement, cet adjuvant sera constitué par un moyen de suggestion. Sa part devra être d'autant plus grande que le sujet a l'esprit moins ouvert aux choses scientifiques ou que son affection est plus ancienne. Le plus habituellement, on a recours à l'électri-

cité parce qu'elle a, auprès des malades, une réputation de grande activité, parce qu'aussi en faisant contracter les muscles, elle fait exécuter au patient des mouvements qu'il ne peut faire volontairement et qu'à ce titre elle a une remarquable valeur suggestive. Mais l'on peut employer d'autres moyens tels que les injections hypodermiques soit de médicaments douloureux (éther), soit de bleu de méthylène, etc... ou encore les douches froides. Nous ne retiendrons ici que l'électricité.

Celle-ci peut être utilisée, soit sous la forme de courant galvanique, soit sous la forme de courant faradique. Nous avons préféré pour notre part le courant faradique pour les raisons suivantes : il est moins douloureux ; la plupart des malades que nous avions à traiter avaient été soumis sans succès aux courants galvaniques intenses et nous aurions risqué d'aller au devant d'échecs, en ayant recours à des procédés qui n'avaient pas, chez eux, donné de résultats antérieurement. Nous décrirons donc uniquement ici notre façon de procéder.

L'appareil dont nous nous servons est la pile Gaiffe, avec ses simples piles sèches (Modèle Service de Santé) (1). Nous utilisons la bobine à fil fin parce qu'elle permet de donner s'il en est besoin des courants plus actifs que la bobine à gros fil, ce qui est parfois utile, pour obtenir le retour de la sensibilité par exemple. Nous dépassons rarement cinq divisions, habituellement deux à trois suffisent. Cela dépend d'ailleurs de la sensibilité du sujet et nous diminuons toujours le courant, quand le malade semble le trouver pénible. Nous insistons d'ailleurs auprès de lui pour qu'il nous en prévienne, lui affirmant qu'il n'est pas nécessaire de lui faire mal pour le guérir. Nous sommes persuadés que l'emploi que nous avons fait, de courants pour ainsi dire indolores,

(1) Dans les centres neurologiques d'armées, l'un de nous se servait comme source d'énergie de plusieurs piles de Leclanché, de façon à augmenter l'intensité du courant. L'emploi de ce courant plus fort et plus désagréable, permettait d'obtenir des résultats plus rapides lorsqu'il s'agissait de traiter aux armées des hystériques récents. Il n'en est pas de même pour les hystériques anciens de l'intérieur, aussi nous sommes-nous rallié à l'avis de MM. Boisseau et d'Œlsnitz de n'employer que des courants de faible intensité. (Roussy)

n'a pas été sans influencer favorablement nos résultats chez des malades qui avaient été soumis antérieurement, à plusieurs reprises, et dans différents hôpitaux, à des courants intensifs. Nous nous servons pour ces applications, de tampons, de poignées, et pour faire revenir la sensibilité, mais uniquement dans ce cas, du balai. Nous employons le courant tétanisant et les secousses.

Position du malade. — S'il s'agit d'un accident psychonévrosique de la main ou du membre supérieur ou encore d'un sourd-muet, on pourra faire asseoir le malade devant soi pour la faradisation. Dans les autres cas nous le faisons habituellement étendre sur un lit dans une position qui lui est commode. Les points où l'on appliquera les tampons seront de préférence les points moteurs puisque ce seront ceux qui permettront d'obtenir les contractions musculaires les plus intenses. On manœuvrera en général de façon à obtenir par la contraction électrique le ou les mouvements que le patient ne peut exécuter spontanément. Ceci n'a que peu d'importance. Ce qui en a surtout, c'est la conviction avec laquelle on agit, et que l'on transmettra au malade. Il est bien entendu d'ailleurs que pendant tout le temps que dure la faradisation il faudra continuer les affirmations persuasives sans lesquelles l'électrisation aurait grande chance de rester sans effet.

La disparition de l'accident. — On doit apporter le plus grand soin à choisir le moment où l'on devra cesser l'électrisation. Quand on sent la conviction du malade parfaite, il faut le faire sans hésitation et chercher à atteindre, mais ne pas dépasser le *moment psychologique*. Là encore, comme dans le choix du jour ou de l'heure où il faut entreprendre un malade jusqu'ici en préparation, il y a un *temps optimum*. Alors on fera immédiatement exécuter au sujet les mouvements antérieurement impossibles en l'y aidant au début si cela paraît nécessaire, en lui faisant dire combien il se sent « plus souple », quelle modification s'est produite dans l'état de sa motilité, en lui faisant constater avec quelle facilité il peut accomplir maintenant les mouvements qu'il était incapable de faire auparavant. Il est souvent utile de faire effectuer ces mouvements dans une position qui change l'automatisme du malade. Pour redresser un plicaturé, nous le faisons agenouiller sur le bord du lit et non pas mettre

debout. De même on corrigera l'attitude en varus d'un pied, le malade étant dans la position horizontale, ou encore on fera immédiatement courir et non pas marcher un boiteux d'habitude, etc.. L'important est d'agir vite, par surprise, sans laisser au malade le temps de la réflexion, au moment où l'on commence à faire exécuter les mouvements, agir en un mot suivant la méthode brusquée de M. Babinski. Il faut tout de suite chercher à obtenir le maximum d'étendue, des mouvements autrefois déficients ou nuls.

c) **Les résultats.** — Le décrochage est variable quant à ses résultats : il peut être complet, le trouble psychonévropathique disparaissant en totalité, tout rentrant brusquement dans la normale. Ce peut être le véritable miracle avec état psychique tout à fait spécial : le sujet débordant de joie, rit, pleure, dit sa reconnaissance, son émerveillement. D'autre fois, le résultat est complet au point de vue moteur, mais le malade en reste indifférent. Enfin, il n'est pas rare de voir, chez les prolongateurs surtout, le «*décroché malgré lui*», celui chez lequel on a pu obtenir par surprise le retour des mouvements dans un membre paralysé, mais que l'on sent regretter sa guérison. Il faudra toujours avoir soin dans ce cas de reconduire le malade dans sa salle pour que ses camarades puissent se rendre compte des résultats obtenus. Cette démonstration immédiate de la guérison rendra la récidive plus difficile à réaliser par les sujets de mentalité suspecte.

Le décrochage peut être partiel soit au point de vue de la force, soit au point de vue de l'étendue ou de la rapidité des mouvements. Ces résultats partiels sont toujours infiniment moins bons que les précédents. Ils donneront toujours beaucoup plus de mal au médecin dans la suite et la guérison ne sera jamais aussi parfaite C'est au premier contact en effet que le psychothérapeute aura le plus d'action sur son malade. S'il n'a pas su le jour du décrochage gagner entièrement la confiance du sujet, il ne réussira guère mieux les jours suivants.

Si les résultats du décrochage ont été nuls à la première tentative, on obtiendra difficilement plus tard un résultat appréciable.

Les **causes d'échec**, du décrochage peuvent tenir soit au médecin, soit au malade. Si le médecin est fatigué, mal disposé, s'il est pressé et en donne l'impression au patient, il fera mal la

persuasion. S'il se laisse emporter par l'énervement, s'il se fâche, si surtout il laisse supposer au malade qu'il le prend pour un simulateur, il n'en obtiendra rien. Ces causes d'échec sont évitables. Il n'en est pas de même quand elles dépendent du malade. Il est parfois impossible de persuader certains débiles. Il en est de même chez les sujets intelligents qui redoutent par dessus tout la guérison et opposent, soit une force d'inertie, soit une résistance passive, soit même une résistance active et non dissimulée aux efforts du médecin.

La conduite à tenir est variable suivant les cas. Si l'on n'a pas obtenu le moindre progrès, il peut être dangereux de faire retourner le malade dans sa salle : les camarades non traités en subiraient une fâcheuse impression. Quand nous nous rendons compte que l'échec est dû à une faute que nous avons commise, nous plaçons parfois le malade dans une autre salle ou plus souvent, sous le prétexte de le faire travailler, nous le mettons seul dans une chambre. C'est encore à l'isolement que nous avons recours lorsque l'échec est manifestement dû au malade lui-même. Nous verrons plus loin comment nous utilisons l'isolement.

3° Consolidation du résultat obtenu (ou fixation)

La séance de décrochage se terminera par la consolidation du résultat obtenu, ou fixation. Par une série d'exercices, on réhabituera le sujet à remplir de mieux en mieux la fonction qui lui a été rendue. Ce temps particulier n'a pas en soi d'importance et de durée fixe. Il est essentiellement subordonné au précédent. Plus le décrochage aura été rapide et parfait, moins le résultat aura besoin d'être longuement consolidé. Aussi considérons-nous, et nous en avons vu la fréquente démonstration, qu'un décrochage soudain et parfait entraine l'inutilité de la fixation. Nous estimons qu'en pareil cas le malade trouve en lui-même, dans la surprise qu'il a du résultat, et particulièrement de sa soudaineté, dans la satisfaction qu'il éprouve à retrouver une fonction depuis longtemps perdue, les éléments de consolidation de la guérison : c'est dire que nous considérons ce temps comme étant d'importance extrêmement variable.

4° Entraînement médical et militaire

Entraînement médical. — Les jours qui suivent le décrochage et pendant un temps dont la durée variera avec l'affection traitée, avec la mentalité du malade, avec la perfection de la guérison première, les sujets seront soumis, sous surveillance médicale, à un entraînement progressif et non intensif.

Cet entraînement a pour but, non tellement de faire vaincre aux malades des difficultés progressivement croissantes, mais plutôt de leur faire recouvrer l'utilisation physiologiquement normale du membre malade.

Pendant les jours qui suivent le décrochage, nous faisons nous-mêmes, dans notre cabinet, exécuter à chacun de nos malades récemment traités quelques exercices jusqu'à réalisation du retour à la normale. Puis nous lui cherchons une occupation répondant autant que possible à sa profession. Dans certains centres neurologiques on a utilisé avec grand profit ces occupations professionnelles ; elles donnent d'excellents résultats. Les malades reprennent ainsi plus volontiers leur activité physique.

EXPLICATION DE LA PLANCHE IV

Fig. 1. Tob... — *a) Astasie-abasie trépidante, consécutive à shock nerveux par éclatement de mine, datant de 22 mois.*

Tremblement généralisé dans la station debout, s'accentuant pendant la marche. Impossibilité de se tenir debout ou de marcher sans l'aide de béquilles.

Tous les réflexes sont normaux. Aucun signe d'affection organique. (Le flou du cliché est dû au tremblement).

b) Même malade après la première séance de traitement. La marche se fait de façon sensiblement normale.

Fig. 2. Pré... — *a) Hémiplégie pithiatique gauche, consécutive à plaie de l'épaule par balle, datant de 32 mois.*

Tous les réflexes sont normaux. Aucun signe d'affection organique.

b) Même malade après la première séance de traitement. Les mouvements des membres supérieur et inférieur gauches sont redevenus normaux ainsi que la marche et la course.





a Fig. 1 b





a Fig. 2 b

On peut en outre obtenir une certaine émulation en récompensant ceux qui ont bien travaillé. Enfin, le travail de ces convalescents peut avoir un résultat pratique : il permet par exemple de cultiver des terrains qui resteraient sans cela improductifs.

C'est pendant cette période d'entraînement médical qu'on associera, s'il y a nécessité (et c'est souvent le cas pour les hystéro-organiques ou pour les manifestations hystériques s'accompagnant d'accidents secondaires, tels que rétraction tendineuse, raideur articulaire, atrophie, etc...), l'action complémentaire et parallèle du traitement physiothérapique. Mais on devra toujours se souvenir qu'il « faut donner aux pratiques physiothérapiques un caractère psychothérapique » suivant l'expression de M. Grasset.

Entraînement militaire. — La guérison établie, il est extrêmement utile de soumettre ces malades à un entraînement militaire. Il permet de continuer la surveillance des médecins qui ont obtenu la guérison et qui pourront ainsi la confirmer, éviter les récidives, ou venir facilement à bout de celles-ci si elles se produisent. Il permet en outre par un entraînement physique bien conduit, de refaire de ces convalescents des hommes, et par une rééducation militaire d'en refaire souvent des soldats.

Nous avons pu créer à Salins un Dépôt d'entraînement réservé à nos malades. Sous les ordres d'un capitaine et d'un lieutenant, nos anciens malades font des exercices, du tir, des marches de 10 à 20 kilomètres en pays de montagne, et reprennent peu à peu l'habitude de la vie militaire. La visite médicale est faite chaque matin par un des médecins du Centre des Psychonévroses, et l'on peut ainsi arrêter rapidement toute menace de récidive.

Comment, quand et dans quelle mesure nous pratiquons l'isolement.

C'est un adjuvant souvent très précieux de la psychothérapie. Les travaux du Professeur Dejerine et de ses élèves ont montré tous les services qu'il pouvait rendre dans la pratique civile, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée. Il rend la persuasion plus facile et plus efficace en soustrayant les malades aux influences

EXPLICATION DE LA PLANCHE V

Fig. 1. Hot-Bri... — *a) Catiémophrénose (gros ventre de guerre), datant de 28 mois, consécutive à entérite.*

Le ventre est distendu, surtout dans la partie sous-ombilicale ; il s'affaisse dans la manœuvre de Denéchau.

Troubles digestifs intenses (constipation habituelle avec crises diarrhéiques passagères, vomissements) qui ont fait considérer le malade comme atteint de péritonite bacillaire (traité par lavements créozotés et insolation). Amaigrissement notable.

b) Même malade après la première séance de traitement.

Le ventre est affaissé, la respiration est redevenue abdominale.

Fig. 2. Jas... — *a) Contracture de la main et des doigts en flexion avec œdème provoqué très volumineux (main en gant de boxe), ayant persisté pendant 33 mois, consécutive à petite plaie du poignet droit par éclat d'obus.*

A l'entrée à l'Hôpital : œdème très intense, occupant toute la main, l'avant-bras et une partie du bras, mais surtout marqué à la main contracturée en coup de poing et transformée en une véritable boule œdémateuse.

Tous mouvements actifs des doigts impossibles.

La main est nettement plus froide que la gauche, elle est violacée.

Troubles trophiques de la peau : la recherche des oscillations artérielles au Pachon, permet de constater une macrosphygmie très marquée du côté malade : 2 du côté sain, 8 du côté malade, macrosphygmie que nous avons notée dans la plupart des cas d'œdème provoqué que nous avons observés.

L'œdème a résisté à des appareils plâtrés appliqués avant l'entrée du malade à notre hôpital.

b) Même malade après l'épreuve de la surveillance continue (le malade étant placé seul, dans une chambre, sous la surveillance ininterrompue d'un médecin). Au bout de 18 heures, l'œdème avait presque complètement disparu. La confusion du malade permit d'obtenir très facilement l'aveu en même temps que le retour des mouvements normaux de la main et des doigts.

Des raideurs articulaires interphalangiennes gênent l'extension complète des doigts de la main droite.





a





b

Fig. 1

souvent néfastes de leur entourage, du milieu dans lequel ils vivent. Il a été utilisé, durant cette guerre, dans de nombreux centres neurologiques.

Ses indications peuvent être ainsi résumées :

Il peut n'être qu'un des temps de la préparation, précéder le décrochage et destiné alors à faciliter celui-ci. L'un de nous (Roussy), dans un Centre Neurologique d'armée, l'a fréquemment employé dans ces conditions, avec grand avantage. Faute d'installation suffisante, nous n'avons pu l'utiliser dans ce but à l'intérieur. Il n'est d'ailleurs pas indispensable, quand l'atmosphère morale du service est bonne, et que ce service ne renferme pas à la fois des organiques et des fonctionnels.

La contagion de l'exemple y supplée et au delà. Nous y avons eu recours cependant d'une façon presque systématique pour certaines manifestations où il agit en général remarquablement : crises nerveuses rebelles, anorexie ou vomissements hystériques par exemple.

En dehors de ces cas, nous nous sommes servis de l'isolement surtout en cas d'échecs et de récidives.

Son application peut se faire de différentes façons. On peut, comme le faisait M. Dejerine dans la salle Pinel à la Salpêtrière, isoler les malades dans une salle commune, à l'aide de rideaux entourant les lits. C'est ainsi que nous avons traité la plupart des crises et les incontinences d'urine à l'hôpital Veil-Picard à Besançon. Nous avons isolé également de cette manière les malades particulièrement récalcitrants, au début de leur préparation.

Il est préférable, quand cela est matériellement possible, de placer les malades dans des chambres séparées, surtout lorsqu'il s'agit d'échecs ou de récidives.

Pour certains sujets à mentalité particulièrement mauvaise, pour les cas de récidive, où la volonté du sujet est en cause, on est souvent contraint d'employer un isolement plus rigoureux (lit et régime lacté).

La **durée** de l'isolement est essentiellement variable suivant les cas. Il ne nous a pas semblé qu'il y avait intérêt à le prolonger longtemps. Si l'isolement n'a donné aucune amélioration au bout d'un mois il est rare que celle-ci survienne dans la suite.

Les **résultats** sont également variables. Ils sont généralement

excellents lorsque l'isolement est employé comme moyen de préparation. Ils sont très bons aussi en ce qui concerne les récidives. Sous cette influence celles-ci cèdent le plus souvent en quelques jours. Ils sont beaucoup plus inconstants lorsqu'il s'agit d'échecs de décrochage. Ainsi l'isolement nous a été souvent utile pour les sujets à bonne mentalité dont le décrochage avait échoué pour une cause quelconque; alors souvent 24 ou 48 heures de solitude durant lesquelles on continue par intervalle l'action psychothérapique, suffisent à amener une amélioration.

Si l'isolement joue un rôle variable dans la disparition des accidents, son *action prophylactique* est indiscutable. Quand les malades savent que, s'ils ne sont pas guéris ou du moins très améliorés, ils seront placés dans une chambre pour pouvoir y travailler seuls, ils font certainement plus d'efforts pour obtenir cette guérison, ou cette amélioration. La crainte de l'isolement, même peu rigoureux est pour beaucoup salutaire, aussi bien au moment du décrochage que pendant la période d'entraînement.

De plus, en évitant de faire rentrer, dans la salle commune un échec de décrochage, l'isolement évite les influences fâcheuses que le contact avec ce malade non guéri ne manquerait pas de produire sur les voisins. Il contribue largement ainsi au maintien de l'atmosphère morale.

En résumé, l'*isolement répond à un double but : thérapeutique et prophylactique.*

Nous nous sommes efforcés au cours de ce chapitre de mettre en lumière les caractéristiques de la méthode thérapeutique que nous avons appliquée. Chacun pourra y reconnaître les inspirations dues à nos devanciers du temps de paix et juger la valeur des adjonctions personnelles que les circonstances actuelles nous ont dictées. Nous n'avons jamais songé à proposer notre façon de faire comme un modèle à suivre ; nous croyons au contraire que la psychothérapie doit varier suivant les tendances individuelles, et nous sommes persuadés que des *modes d'action essentiellement distincts* peuvent conduire en définitive à des résultats également favorables.

Ne pouvant dans le cadre de ce livre décrire toutes les tentatives, toutes les réalisations de traitement des Psychonévroses de guerre, et restant fidèles au programme restreint que nous

nous sommes tracés, nous préciserons plus loin à l'appui d'exemples concrets, les détails de notre expérience personnelle (1).

---

(1) M. Clovis Vincent, au Centre Neurologique de Tours a institué une méthode qu'il appelle : *La rééducation intensive des hystériques invétérés.*

De la communication qu'il fit à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 21 juillet 1916, nous détachons les passages qui suivent :

« La méthode comprend donc trois temps :

1° Un temps de déclanchement ;

2° Un temps de fixation ;

3° Un temps d'entraînement.

« Les deux premiers temps se succèdent immédiatement l'un à l'autre et peuvent durer une heure, deux parfois. Le troisième temps est beaucoup plus long et dure de un à trois mois.

« 1° *Temps de déclanchement. Rééducation intensive proprement dite.* — C'est le temps que les poilus appellent « torpillage ». C'est le temps pendant lequel on vainc l'inertie de l'homme. On emploiera pour cela tout le temps, toute l'énergie nécessaire, mais on vaincra. Il faudra que, dans ce temps, l'homme prenne conscience que la volonté du médecin croîtra comme sa résistance. Ce temps est le véritable temps de rééducation forcée, appuyée par le courant galvanique. Je dis rééducation, parce que tout se passe comme si l'on réapprenait à l'homme quelque chose qu'il a désappris.

« La rééducation est directe ou indirecte.

Directe : cela veut dire qu'on exhorte l'homme à faire le mouvement ou l'acte même qu'il déclare ne pas pouvoir faire. Il ne peut pas étendre les doigts fermés dans la main, on lui dit « Ouvre la main » et on l'oblige à le faire.

Indirecte : cela veut dire que pour amener l'homme à tel but déterminé, modifier par exemple une claudication, arrêter un tremblement, on l'exhorte à faire une série d'actes qui l'amènent mécaniquement et sans l'intervention directe de sa volonté à marcher correctement ou à ne plus trembler.

« 2° *Fixation des progrès obtenus.* — En général c'est pendant cette phase de fixation que l'homme se sent guéri. Pendant toute la phase de déclanchement et une partie de la phase de fixation, l'homme a le visage inquiet, on sent qu'il fait effort pour conserver les progrès faits ; il est concentré en lui-même, puis petit à petit

son visage s'anime : il devient souriant, ses yeux deviennent mobiles et souvent il dit lui-même, « Je suis guéri, ça y est, je suis content ». L'homme alors va se reposer. Le lendemain nous le revoyons, nous nous assurons que le terrain gagné est bien gagné, ou s'il y a un léger recul, nous regagnons ce qui a été perdu.

« Nous nous chargeons nous-même de cette seconde phase du traitement comme de la première. Elle est très dure pour nous, autant peut-être que pour l'homme. Ceux qui nous accusent d'être inhumains avec nos blessés ne savent pas sans doute qu'il est des jours où nous courons six, huit kilomètres, en traînant ou poussant des hommes auxquels il faut rendre leur automatisme naturel.

« 3° *L'entraînement.* — Au lycée Descartes il existe trois grandes sections : celle des plicaturés, celle des hommes atteints de troubles du membre supérieur, celle des hommes atteints de troubles des membres inférieurs. Les premiers font des mouvements d'assouplissement, des sauts, de la course ; les seconds font de l'échelle ; les derniers marchent, courent, sautent à la corde. Certains hommes qui sortent de notre entraînement sont de véritables athlètes et très aptes au combat.

« Telle est notre méthode de traitement des hystériques, ce qui la distingue :

« *C'est l'acharnement que nous déployons contre les phénomènes hystériques, c'est le temps et la force que nous dépensons.*

« *Ce sont nos procédés de rééducation, véritables manœuvres qui amènent les hommes à nous céder malgré eux si on arrive à leur imposer les mouvements qui constituent ces manœuvres : course, descente à l'échelle, etc..*

« *C'est l'application du courant galvanique pour appuyer la rééducation, qu'il fasse réagir l'homme volontairement ou automatiquement.*

« *C'est, après la victoire, la consolidation immédiate de la victoire par une véritable fixation du progrès obtenu, grâce à l'exécution pendant une heure, deux heures s'il le faut, de certains mouvements.*

« *C'est l'entraînement de l'homme dans l'atmosphère morale* « *où il a commencé à guérir.* »

Considérations générales

Il nous semble utile de terminer ce chapitre par quelques considérations générales.

Les locaux. — Bien évidemment les hystériques peuvent être traités dans n'importe quelle formation sanitaire. Quand on ne doit avoir affaire qu'à des fonctionnels récents, quand ceux-ci sont peu nombreux, on peut ne prendre aucune disposition spéciale. Mais si un grand nombre de fonctionnels doivent être groupés dans un même établissement hospitalier, s'il s'agit de malades dont les accidents très anciens ont résisté à tous les traitements appliqués antérieurement dans différents centres, il est fort utile de bien choisir les locaux d'hospitalisation. Les forts désaffectés ont paru présenter de grands avantages, à telle enseigne que la Commission de contrôle neuro-psychiâtrique créé par le ministère a demandé dans son rapport de décembre 1917 la création, de préférence dans ces forts, de plusieurs services pour hystériques rebelles. Nous croyons personnellement et par expérience que les inconvénients en sont plus grands que les avantages. Ceux-ci résident surtout dans l'éloignement habituel de toute agglomération et dans l'installation intérieure qui se prête généralement bien à l'organisation d'un hôpital. Mais la croyance que les malades y seront plus facilement gardés et que la hauteur des murs suffira à les empêcher de les franchir est purement illusoire.

A l'heure actuelle, en présence de considérations extra-médicales, politiques et sociales, il n'est pas sans danger de grouper des hystériques dans des forteresses, alors qu'il est certain que ce n'est pas par des mesures coercitives que l'on peut arriver à des résultats, mais bien par des mesures persuasives. Les séminaires. les couvents, les chartreuses, aussi isolés que les forts et d'un aspect moins rébarbatif, conviendraient beaucoup mieux à cette hospitalisation (1).

Enfin la dénomination de ces services spéciaux n'est pas sans importance. Il y a toutes sortes d'inconvénients à employer les

(1) Depuis le mois de juin 1918 nous avons organisé un nouveau service de Psychonévroses dans une Chartreuse aux environs de Bourg. Les conditions d'éloignement, jointes à la beauté du site, la disposition des locaux, la possibilité de faire faire aux malades récemment traités des travaux de culture font de cette Chartreuse un hôpital incontestablement supérieur à celui de Salins.

termes de *centre d'invigoration*, de *centre de répression*, de *service d'isolement*, de *centre disciplinaire*, etc. Outre que ces appellations sont parfaitement inexactes, elles ne sont pas sans influencer défavorablement les malades, voire même l'opinion publique. Le terme de « services de rééducation fonctionnelle » proposé par la Commission neuro-psychiâtrique et adopté à une réunion des chefs de centres neurologiques (Val-de-Grâce, décembre 1917), paraît tout à fait approprié.

Le Médecin. — Son rôle est capital. Il faut savoir que certaines conditions sont nécessaires. Beaucoup d'échecs sont imputables aux médecins. Il est fréquent en effet de voir des patients traîner de formations en formations leur névropathie, leur tremblement, leurs tics ou leurs crises nerveuses, et finir par « guérir » quand ils ont enfin trouvé le médecin qui a su leur imposer confiance dans son traitement.

Le médecin psychothérapeute doit avoir de l'autorité morale; c'est à lui de l'acquérir dans son service et de prendre sur ses malades l'ascendant nécessaire qui lui permettra d'agir efficacement. En médecine militaire, le prestige du galon est un auxiliaire précieux qui facilite beaucoup ce procédé de thérapeutique dans lequel le médecin doit jouer le double rôle de « confesseur » et « d'éducateur ». Convaincu de la curabilité de tel trouble, il doit communiquer au malade sa conviction, entrer en communion, en contact psychique intime avec lui pour lui imposer sa façon de penser. C'est au cours des premières conversations avec le malade — une fois le diagnostic dûment établi — que ce travail s'opère, et que l'on arrive peu à peu à gagner la confiance du sujet, pour le dominer et finalement vaincre ses appréhensions, si comme il arrive souvent, on rencontre de sa part une certaine résistance.

On parlera donc avec bienveillance, en même temps qu'avec autorité, en mettant en pratique le vieil adage de la « main de fer dans un gant de velours ».

Du premier entretien dépend presque toujours la réussite du traitement, et lorsque le malade sort du cabinet médical pour rejoindre sa salle, on peut prévoir à la façon dont il se sera comporté durant l'interrogatoire, si la guérison sera facile ou non à obtenir.

Au cours du traitement, au cours de la première séance dont dépend la guérison, il faut faire preuve de grande patience; il ne faut pas s'énerver, se fâcher, prononcer des paroles regrettables dont le malade a bien vite fait de se saisir pour s'en faire une arme défensive ou même offensive. Ce n'est pas là toujours chose facile, et tous ceux qui ont quelque pratique de la psychothérapie savent qu'il est des jours, des moments où l'on réussit mieux qu'à d'autres à traiter les névropathes. Aussi, lorsqu'un résultat se fait trop attendre, et qu'au cours d'une séance déjà trop prolongée, on n'obtient plus aucun bénéfice, si l'on se sent à bout de patience, on ne doit pas persister et il faut renvoyer au lendemain sous prétexte de laisser reposer le patient. On aura soin dans ce cas d'isoler le malade. Cette façon de procéder par « séances fractionnées » est un pis aller mais est susceptible de donner parfois des résultats satisfaisants. Il nous est arrivé de voir sortir de notre cabinet un paralytique traînant encore les jambes, un muet ne reparlant qu'avec hésitation et qui le lendemain matin, à la visite, se déclarait complètement guéri, et qui l'était réellement. Mieux vaut réserver ainsi la possibilité, même hypothétique d'une action lente et progressive que de compromettre le résultat en poussant à bout un malade mal disposé.

Le médecin doit aussi prendre garde de ne rien faire, de ne rien dire qui puisse suggestionner, dans le mauvais sens, le malade. Ces suggestions médicales sont malheureusement aussi fréquentes que dangereuses.

Enfin on aura soin de ne pas sembler suspecter chez le sujet la simulation, durant les premiers entretiens tout au moins, ni de proférer trop vite des menaces de mesures disciplinaires. Ce sont des procédés extra-médicaux, employés souvent à tort dès le début qu'il faut réserver à une classe spéciale de « malades » et n'utiliser qu'en dernier ressort. Nous ne les avons jamais vus réussir chez les psychonévrosés.

Ce qu'il faut, c'est se placer en *médecin* vis-à-vis d'un *malade*, c'est le considérer comme un névropathe et lui communiquer cette impression, même s'il est ou peut sembler suspect d'exagération ou de simulation; se rappeler combien le diagnostic de simulation est difficile à faire, pour ne traiter comme tels que ceux qui le méritent. Aux autres, à ceux

dont la guerre a fait des déséquilibrés du système nerveux, des « *blessés psychiques* », il faut fournir l'occasion, la force, l'énergie ou la volonté de guérir, toutes choses qui leur manquent et qu'ils sont incapables de retrouver par leurs propres moyens.

Nous insistons donc sur la nécessité de procéder à l'examen méthodique du sujet, même lorsque la nature de l'affection paraît s'imposer *a priori*. Cette remarque est loin d'être superflue ; à voir défiler dans un même service un grand nombre de névropathes, on est forcément enclin à se laisser entrainer par son impression première et aussi à accepter un diagnostic déjà porté antérieurement. L'examen poursuivi à nouveau avec la plus grande minutie, avec le secours de toutes les méthodes usuelles : ponction lombaire, radiographie, etc., permet non seulement de réformer des diagnostics, mais il concourt, adjuvant précieux, à donner au sujet la confiance en celui qui ensuite lui affirmera la curabilité de sa maladie et lui promettra la guérison.

On attachera enfin une grande importance à l'examen psychologique, en faisant longuement parler les sujets, en notant leur degré de développement intellectuel, leur niveau social, en cherchant à dépister leur état mental, d'où dérivent des indications thérapeutiques précieuses : un sujet débile nécessitant d'autres procédés de traitement qu'un homme intelligent, instruit et cultivé.

Le malade. — Certaines conditions inhérentes au malade sont à prendre en considération.

Les névropathes, à passé pathologique chargé, ayant déjà fait avant la guerre de multiples manifestations nerveuses sont bien souvent difficiles à traiter. Ces psychonévroses datant de l'avant-guerre sont plus rebelles que les psychonévroses de guerre ; néanmoins on peut arriver chez eux à des résultats permettant une utilisation relative.

L'état psychique du malade a une influence certaine. Le raisonnement le mieux conduit n'aura que peu de prise sur un sujet entaché de débilité mentale ; la mentalité du patient est à notre avis le facteur de gravité qui domine tous les autres.

Les fonctionnels qui redoutent la guérison ne sont pas rares. Nous avons vu comment évoluait bien souvent l'état mental de

ces sujets au cours de leurs interminables hospitalisations. A ce point de vue, l'ancienneté de l'accident joue un rôle important.

Plus les accidents sont de date ancienne, plus la mentalité tendra à être mauvaise et plus aussi sera ancrée l'idée d'incurabilité. Un malade « neuf » ou non encore examiné et traité, sera donc plus facile à guérir, qu'un sujet dont les accidents sont invétérés. Pour qu'ils puissent guérir facilement, ces vieux malades doivent être placés dans des milieux où les conditions matérielles et surtout l'atmosphère morale sont particulièrement favorables, et permettent ainsi par une modification de la mentalité, d'obtenir une disparition de leurs accidents presqu'aussi rapide que s'il s'agissait de cas récents.

La nature du trouble psychonévropathique ne nous paraît pas avoir d'importance. Ce qui le prouve c'est que certains neurologistes trouvent les paralysies plus faciles à traiter que les contractures, tandis que d'autres sont d'un avis contraire. Les deux raisons suivantes nous paraissent bien mieux, que la nature de l'accident, pouvoir expliquer la facilité ou la difficulté que l'on éprouvera à faire disparaître tel ou tel trouble :

C'est d'abord la confiance que le médecin a en lui : si après avoir guéri facilement un cas de paralysie, il « manque » un cas de contracture, il abordera avec confiance le nouveau cas de paralysie, avec quelque méfiance au contraire le prochain malade atteint de contracture. La psychothérapie en sera influencée ; faite avec conviction au premier, elle lui donnera la guérison. Le second au contraire la sentira trop hésitante pour y puiser la foi en la guérison.

C'est ensuite l'atmosphère morale du milieu. Tel paralytique rentrant dans sa salle bien guéri, impressionnera de façon heureuse ses voisins atteints de la même affection et rendra leur guérison facile. En revanche un échec ou une guérison imparfaite influenceront l'entourage beaucoup plus encore, mais en sens contraire cette fois. Nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer ces faits qui se traduisent par la production de séries bonnes ou défectueuses. Aussi avons-nous l'habitude à Salins, quand un résultat imparfait de tel accident est le point de départ d'une mauvaise série dans le service de l'un de nous, de ne plus prendre, pendant quelques semaines dans ce service, de malades

présentant des troubles comparables. Un nouveau succès ultérieur nous rend notre confiance, rétablit la bonne atmosphère et provoque le retour de séries heureuses.

Le milieu. — Si la personnalité du médecin joue le rôle capital en conditionnant, par l'autorité morale qu'il a su acquérir, les résultats psychothérapiques, si l'état psychique du patient, l'ancienneté de l'affection ont aussi pour une bonne part leur influence, il est un troisième facteur, non moins important à considérer : le milieu dans lequel sont soignés et traités les psychonévrosés.

Il est de toute évidence que les hôpitaux de la zone des armées (Centres Neurologiques de l'avant) constituent à ce point de vue des milieux éminemment favorables. Leur confort très relatif, leur discipline toute militaire, leur proximité du front, leur éloignement et leur difficulté d'abord pour les familles conviennent particulièrement à ce genre de traitement et rendent les guérisons beaucoup plus aisées et plus rapides qu'à l'intérieur. Depuis plus de trois ans, nous nous efforçons de soutenir cette opinion, avec preuves à l'appui. Elle est admise aujourd'hui par tous les neurologistes.

Sans doute dans les centres neurologiques de l'intérieur, on peut aussi guérir les névropathes, mais aux prix de quelles difficultés, de quelles lenteurs rend-on ces guérisons définitives. C'est par semaines ou par mois que se compte la durée totale du traitement, alors qu'à l'avant c'est par heures et par jours.

Mais la notion de lieu, zone de l'avant, zone de l'intérieur, quelque importance qu'elle ait, n'est pas tout. Il faut créer dans un service l'ambiance et l'atmosphère désirables, ce qui est particulièrement facile sous le régime militaire.

La discipline générale, et surtout médicale, doivent y être sévères, mais justes ; le personnel, infirmiers et infirmières, parfaitement bien dressé et mis au courant de la façon de se comporter vis-à-vis de ce genre de malades.

Les malades en entrant sauront de suite qu'ils vont avoir affaire à un Major qui peut les guérir, mais que certaines manifestations nerveuses bruyantes comme les crises convulsives hystériques sont interdites, sous peine d'un séjour plus ou moins long à l'isolement, que tout névropathe invétéré sera maintenu

au lit et à la diète lactée tant que les accidents ne se seront pas parfaitement amendés. Une fois cette ambiance établie, les guérisons s'enchaînent facilement les unes aux autres.

Qu'on ne croie pas enfin que ce soit chose très difficile que de créer un tel milieu : c'est l'affaire de quinze jours à trois semaines, ainsi que nous en avons pu faire personnellement, à plusieurs reprises l'expérience, au cours de diverses mutations.

Il faudra entretenir dans la suite, avec le plus grand soin, cette atmosphère, en évitant les mauvaises contagions de l'exemple, en ne faisant pas retourner un échec dans une salle commune, en noyant dans une salle de bons malades tel sujet à mauvaise mentalité, tous points sur lesquels nous avons déjà insisté en temps et lieu.

Il ne faut pas que la vie hospitalière soit oisive. Il est bon de chercher à occuper les malades récemment traités qui sont à l'entraînement médical ; beaucoup d'entre eux sont devenus paresseux à la suite de longs mois de vie hospitalière inactive. En leur donnant une occupation autant que possible en relation avec leur profession civile on leur rend bien souvent le goût du travail en même temps qu'on leur fait faire des mouvements utiles à leur guérison.

L'introduction des jeux et des sports dans le milieu hospitalier aura elle aussi une heureuse influence.

Enfin, si la sévérité est de mise avec les récalcitrants, avec les simulateurs, elle ne doit pas se généraliser et au contraire il est capital que les malades de ces formations hospitalières sentent une *atmosphère de fermeté bienveillante* dans leur entourage. Il est tout aussi utile d'encourager, voire de récompenser les bons sujets apportant des efforts personnels à leur guérison, que d'user de rigueur contre ceux qui manifestent les tendances inverses.

Variantes du traitement. — 1° Suivant le lieu. — Ce que nous avons dit précédemment s'appliquera surtout au traitement des hystériques de l'intérieur, c'est-à-dire à ceux dont la cure est de beaucoup la plus complexe.

Pour les malades de la zone de l'avant, le traitement sera généralement plus simple et aussi beaucoup plus facile et rapide.

C'est ainsi qu'il sera le plus souvent inutile de les préparer, inutile aussi de les soumettre à un entraînement prolongé, en raison du peu d'ancienneté de leurs accidents et surtout de leur état psychique si différent de celui des hystériques invétérés.

Au Régiment, le médecin aura surtout à faire de la prophylaxie. Nous y avons déjà insisté dans un précédent chapitre. En période d'activité il lui sera souvent difficile de s'occuper des commotionnés, mais par son influence morale, cependant, il obtiendra facilement la disparition de troubles commotionnels légers et évitera ainsi des évacuations de longue durée à l'intérieur. Si cela n'est pas toujours possible dans les périodes d'attaque en raison de l'encombrement du poste de secours, cela peut être pour ainsi dire toujours réalisé au contraire en période de calme, ainsi que l'un de nous a pu personnellement s'en rendre compte.

A l'*Ambulance divisionnaire de triage*, il est déjà beaucoup plus facile de traiter ces malades. L'un de nous, au début de l'offensive de la Somme, dans des conditions matérielles pourtant défavorables, puisque l'ambulance était installée dans un abri souterrain, près des lignes et assez copieusement bombardée, a pu guérir facilement les sourds-muets qui se sont présentés assez nombreux. L'un d'eux arrivé de la veille au régiment et réévacué aussitôt, traînait sa surdi-mutité depuis quatorze mois, dans les hôpitaux de l'intérieur. Sa guérison vint démontrer l'influence favorable de la zone de l'avant sur le traitement de ces affections.

Une persuasion bien faite permet en général d'obtenir aisément la disparition des accidents récents. Dans les cas où elle ne suffit pas, on utilisera avec avantages, comme adjuvant, en l'absence de pile faradique, les injections de médicaments douloureux, l'éther par exemple. La possibilité de renvoyer ces soldats à leur corps après deux ou trois jours de repos ou si la dépression nerveuse est trop marquée, sur le Centre Neurologique d'armée voisin, avec une fiche indiquant que la disparition des accidents fonctionnels a été obtenue, souligne à la fois la nécessité et l'importance prophylactiques de ce traitement hâtif.

Au Centre Neurologique d'Armée, le traitement est aussi

beaucoup plus facile que dans les centres de l'intérieur. Il est presque toujours inutile de préparer les malades. A Doullens, nous avions l'habitude de traiter les fonctionnels dès leur arrivée à l'hôpital et ils entraient pour la première fois dans leur salle, déjà guéris de leurs troubles fonctionnels. Une surveillance médicale de quelques jours était ensuite suffisante. Seuls étaient préparés les quelques hystériques invétérés hospitalisés au cours d'une convalescence dans la région.

En résumé on peut dire que dans les formations sanitaires de l'avant le traitement des fonctionnels est infiniment plus facile, plus efficace et plus rapide que dans les hôpitaux de l'intérieur.

2°. — **Suivant la nature des accidents.** — Nous avons eu surtout en vue dans ce qui précède le traitement des accidents psychonévropathiques purs, non associés à des accidents organiques, ou à des accidents secondaires, dits physiopathiques.

Nous allons voir maintenant comment doivent être traitées ces associations morbides.

a) **Traitement des associations hystéro-organiques.** — Il n'est pas rare que sur des accidents nerveux organiques légers viennent se greffer des troubles fonctionnels intenses, tels par exemple, une hémiplégie hystérique totale venant compliquer une hémiplégie organique très légère, ou encore une paralysie radiale pithiatique survenant au cours d'une paralysie radiale organique en voie de guérison. Dans ces cas, le médecin devra, par un examen aussi complet que possible, faire la part du pithiatisme et de l'organicité, se rendre compte par conséquent de ce qui est immédiatement récupérable et des séquelles qui persisteront. Une fois sa conviction faite, il fera la psychothérapie habituelle, mais dès le début il préviendra le malade que la guérison ne sera pas tout à fait complète, que tel mouvement redeviendra absolument normal, mais qu'il restera tel ou tel symptôme que l'examen antérieur aura permis de préciser.

b) **Traitement des troubles psychonévropathiques associés à des accidents secondaires.** – Nous avons en vue ici les manifestations hystériques plus ou moins anciennes sur lesquelles sont venus se greffer des troubles secondaires dit physiopathiques. Nous prendrons comme type les acro-paralysies et acro-

Fig. 1. Moh... — *a) Main figée droite, type main d'accoucheur consécutive à une plaie par balle de l'avant-bras.*

Troubles caloriques, vaso-moteurs. Pas de lésions articulaires. Troubles trophiques cutanés.

b et *c*) La même après la première séance de traitement. Récupération de tous les mouvements normaux en étendue et en rapidité. Diminution notable de la force musculaire. Dans la suite la force musculaire augmente rapidement pour atteindre et même dépasser légèrement celle de la main saine (main gauche) 12 semaines après le début du traitement, l'épreuve dynamométrique donne : main droite 55 kilogs, main gauche (saine) 45 kilogs. Après 5 pressions à 1/4 de minute d'intervalle, on obtient : main droite 38, main gauche 37. Après 10 pressions dynamométriques, main droite 37, main gauche, 35.

Fig. 2. Gio... — *a) Main gauche en bénitier, datant de 34 mois, consécutive à une plaie en séton du bord cubital de l'avant-bras par balle. Troubles secondaires d'immobilisation.*

Blessé le 26 août 1914. Entré à l'hôpital n° 42 à Salins, le 26 juin 1917, venant de la XVe région. Immédiatement après la blessure, hémorragie assez abondante ; le malade ne peut bouger ni la main ni les doigts. Il garde pendant 20 heures un mouchoir fortement serré autour du bras.

En septembre 1914, appareil plâtré qui est conservé pendant 30 jours. Quand on l'enlève, la main est dans l'attitude qu'elle présente depuis cette époque : main en extension légère sur l'avant-bras, doigts accolés en fuseau, pouce et auriculaire sur le même plan et se touchant par leurs pointes ; au-dessus d'eux et accolés l'un à l'autre, le médius et l'annulaire ; l'index recouvre la face dorsale du médius, son extrémité repose sur la face dorsale de la 3e phalange de l'annulaire. Vue par sa face palmaire, la main offre l'aspect d'une gouttière aplatie dans le sens transversal.

Mouvements passifs : on arrive à écarter les doigts, mais on ne peut ni les étendre ni les fermer. Le pouce est libre. Mouvements actifs : conservés pour la main et le pouce ; presque nuls pour les 4 derniers doigts cependant très légère ébauche d'écartement.

Troubles trophiques : doigts effilés, peau fine avec ilots de desquamation épidermique, effacement des plis ; odeur très fétide de la main.

Pas d'ankylose fibreuse des articulations phalangiennes, mais les mouvements provoqués déterminent de fortes douleurs à leur niveau. A la radiographie, ostéoporose nette des phalanges.

Le 27 juin, par temps chaud, pas de troubles caloriques ou vaso-moteurs appréciables, mais le malade dit que l'hiver sa main est froide.

Atrophie musculaire : 2 centimètres à l'avant-bras, 1 centimètre à la main (racine des doigts).

Réflexe stylo-radial plus vif à gauche. Réflexes tricipitaux égaux et normaux.

A la première séance de traitement, on obtient des mouvements rapides des doigts, mais la fermeture et l'ouverture de la main ne se font pas normalement à cause des douleurs articulaires. Celles-ci ont disparu progressivement.

b) Même malade après traitement. Tous les mouvements des doigts et du poignet sont normaux en rapidité et en étendue. Le malade peut fermer le poing ; la flexion des dernières phalanges reste encore gênée par des raideurs articulaires. Les troubles trophiques ont disparu. Par temps froid les deux mains sont également chaudes.

Dynamomètre, main gauche : 25 kilogs ; main droite (saine) 40 kilogs.

a b c

Figure 1





a b

Figure 2

contractures (mains figées et pieds bots) qui sont les accidents les plus fréquents de ce groupe nosologique.

La résistance à la psychothérapie de ces acro-contractures ou acro-paralysies a été un des arguments qui a servi à l'édification de la théorie nouvelle actuellement en cours, à savoir que cette variété de troubles moteurs n'appartient pas au cadre de l'hystérie, mais bien à un groupe intermédiaire entre les lésions organiques et les lésions fonctionnelles inorganiques.

Aussi divers procédés thérapeutiques ont été mis en œuvre : Immobilisation avec extension continue, redressement sous anesthésie, alcoolisation (Sicard), interventions sanglantes portant sur les cicatrices, les tendons, les articulations, les vaisseaux, les nerfs ; arthrodèse ou astragalectomie ; enfin sympathectomie péri-artérielle (Leriche).

Bien qu'il nous soit difficile d'apprécier à l'appui de faits personnels, la valeur de ces différents procédés que nous n'avons jamais fait appliquer, il ressort de la lecture des faits publiés, et surtout de l'observation portant sur un grand nombre de malades soumis à de tels traitements, que ceux-ci n'ont donné que de maigres résultats.

Nous avons dès le début de notre service spécial des Psychonévroses de la Station Neurologique de Salins (janv. 1917), c'est-à-dire dès notre prise de fonction dans un centre Neurologique de l'intérieur traité systématiquement les mains figées et les pieds bots et tous autres troubles moteurs dits réflexes par la psychothérapie, au même titre que les accidents hystériques purs ou associés.

Nous avons dit ailleurs les raisons qui nous ont incités à agir ainsi.

Si la psychothérapie a été jugée trop souvent inutile ou inefficace, c'est, pensons-nous, qu'elle a été appliquée dans des milieux insuffisamment appropriés ou particulièrement défavorables et que ces premiers échecs ont trop vite fait perdre aux médecins d'abord, et aux malades ensuite la foi nécessaire sans laquelle il ne peut y avoir de thérapeutique persuasive. Et c'est ainsi que peu à peu les échecs se sont multipliés jusqu'à faire douter même de l'efficacité de la méthode.

A la psychothérapie doit s'associer pour d'assez nombreux

EXPLICATION DE LA PLANCHE VII

Fig. 1 et 1 *bis*. — Ama..., Ben Had... — *Bras figé hyperfléchi, datant de 7 mois. Troubles secondaires dyskinétiques.*

Blessé le 2 décembre 1916, par balle (entrée pli du coude, extraite face externe tiers supérieur du bras). Entré le 17 juillet 1917, venant de la XVe Région.

Bras contracturé, en adduction, collé au thorax. Contracture du coude en flexion externe. Main en hyperflexion sur l'avant-bras (subluxation du poignet). Les doigts imbriqués, croisés par le pouce, sont appliqués sur la face antérieure de l'avant-bras. Dans cette position du membre supérieur droit, mouvements passifs et actifs nuls.

Atrophie musculaire de tous les segments du membre.

Troubles vaso-moteurs et sudoraux très marqués. Diminution des oscillations artérielles du côté malade. Etat lisse de la peau de la face dorsale des doigts et de la main.

Fig. 2. — Même malade 25 jours après la première séance de traitement.

Aussitôt après la première séance (23 juillet 1917) on obtient la décontracture complète de l'épaule, la déflexion partielle du coude jusqu'à près de 90° (au delà on a la sensation d'être limité par un obstacle mécanique.) Des manœuvres de flexion faites quelques jours plus tard ont provoqué une vive réaction articulaire. On obtient la déflexion de la main sur l'avant-bras jusqu'à un angle de 90° (la peau commençant à se rupturer, on ne peut tenter d'aller plus loin) ; la main est en attitude de paralysie radiale avec absence de tous mouvements volontaires ; mais les doigts sont devenus souples, et tous les mouvements passifs sont possibles. Une semaine plus tard, les lésions cutanées sont cicatrisées ; le traitement est repris ; le malade ébauche des mouvements d'extension de la main et de flexion des doigts progressant chaque jour.

25 jours après la première séance, il ferme le poing, écarte les doigts, étend la main sur l'avant-bras jusqu'à l'amener dans le plan de ce dernier. A ce moment la force musculaire est au dynamomètre de 15 kilogs (pour 40 du côté sain). On note la diminution nette de l'hypotonicité. La main s'est très nettement réchauffée.

12 semaines après le premier traitement, le malade se sert normalement de sa main. Le coude reste fléchi à 90° (ankylose par lésion articulaire directe). Les troubles caloriques et vaso moteurs ont disparu ; il persiste une hypersécrétion sudorale marquée, mais elle est bilatérale.

Epreuve dynamométrique : côté malade, 30 kilogs ; côté sain : 40 kilogs.



Fig. 1



Fig. 1 *bis*



Fig. 2

cas *la physiothérapie*; nous allons voir dans quelle mesure.

Sans entrer dans une discussion pathogénique sur laquelle nous reviendrons plus loin, il est nécessaire de rappeler ici que le dit syndrome physiopathique comprend deux éléments :

Le trouble moteur ; les accidents secondaires.

Traitement du trouble moteur. — Nous considérons le trouble moteur comme de nature pithiatique et à ce titre nous le traitons par la psychothérapie, comme tout autre accident hystérique pur ou associé, en suivant les principes que nous avons précédemment donnés.

Au moment du décrochage par psychothérapie, la guérison de la paralysie ou de la contracture — quelle qu'en soit l'ancienneté — peut être soudaine (quelques minutes), rapide (1/4 d'heure à 1/2 heure) ; ou lente (1 heure et plus). Elle peut être partielle ou complète.

A tous ces points de vue, il y a lieu de considérer, ce qui se passe pour la motilité, la force musculaire et l'utilisation de l'extrémité atteinte.

Nous avons vu parfois le retour à la normale brusque et complet pour ces trois éléments. Le plus habituellement, les choses se passent de la façon suivante : les mouvements redeviennent très vite normaux en étendue et en rapidité, mais il persiste une diminution de la force musculaire, une méiopragie — suivant l'expression de MM. Babinski et Froment — extrêmement variable d'ailleurs suivant les cas et sur l'interprétation de laquelle nous reviendrons plus loin. En outre le malade, bien que pouvant se servir du membre traité, oublie plus ou moins consciemment de le faire et fréquemment pendant les jours qui suivent on est obligé de lui rappeler de ne pas maintenir ce membre dans la position vicieuse ancienne, de ne pas le garder immobile.

Nous n'avons pas remarqué que la coexistence des troubles vaso-moteurs gênât le retour de la motilité. Nous avons vu souvent des mains figées avec très gros troubles physiopathiques, circulatoires ou trophiques, récupérer leur motilité beaucoup plus vite et plus complètement que d'autres à troubles physiopathiques légers. Mais, il va sans dire que l'existence de lésions articulaires (ankyloses fibreuses) ou de lésions musculo-tendineuses (rétractions, adhérences) rendent, cela se conçoit, la guéri-

son beaucoup plus lente ; elle ne peut être d'ailleurs obtenue qu'avec l'aide de la physiothérapie qui, pour donner son meilleur rendement, doit être consécutive et subordonnée à la psychothérapie.

Traitement des troubles secondaires — Ces manifestations comprennent des troubles circulatoires (cyanose, hypothermie avec hyperexcitabilité mécanique et électrique des muscles), des troubles secrétoires (hyperidrose), des troubles trophiques (peau, ongles, poils), de l'amyotrophie, des rétractions tendineuses musculaires, des lésions articulaires, des lésions trophiques globales du système osseux (ostéoporose) (1).

Troubles de nature non fonctionnelle, ils ne sont pas (au contraire des accidents pithiatiques) susceptibles de disparaître de façon brusque et soudaine sous l'effet de la persuasion. Ils ne sont pas

(1) Nous ne retenons pas ici les modifications des réflexes que l'on peut constater parfois. Elles n'ont point d'indications thérapeutiques propres. Elles n'ont qu'un intérêt doctrinal et nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VIII

Le Rum... — *Main droite figée, consécutive à plaie en séton du thorax. Datant de 17 mois.*

Main d'accoucheur, pouce accolé au bord radial de l'index, doigts imbriqués en tuile de toit.

Mouvements passifs des doigts possibles ; pas de raideurs articulaires.

Mouvements actifs impossibles.

Par temps chaud : main et avant-bras droits plus froids qu'à gauche.

Troubles trophiques cutanés ; doigts effilés.

L'examen électrique dénote une diminution de la contracture sans réaction de dégénérescence.

Pas de modification des réflexes.

Fig. 1 à 10. — Epreuves cinématographiques prises avant le traitement, pendant que le malade essaie d'écarter les doigts des deux mains et de les fermer.

Fig. I à X. — Epreuves cinématographiques prises immédiatement après la première séance de traitement. Guérison soudaine avec retour des mouvements normaux en rapidité et en étendue.

Epreuve dynamométrique : 25 kilogs.


1
6
I
VI
2
7
II
VII
3
8
III
VIII
4
9
IV
IX
5
10
V
X

relevables de la psychothérapie, mais de la physiothérapie. Comment convient-il d'appliquer celle-ci ?

Très exceptionnellement, et seulement dans les cas où il existe des rétractions intenses de la peau, ou des raideurs articulaires particulièrement douloureuses, nous recommandons au patient de faire pendant les trois ou quatre jours qui précèdent le décrochage du trouble moteur, de la mobilisation passive. Nous lui faisons répéter les mouvements tous les quarts d'heure, en lui demandant de dépasser un peu chaque fois l'attitude où commence la douleur. Nous lui expliquons que nous ne pourrons le traiter que quand les mouvements seront devenus moins douloureux. L'exemple de voisins guéris et les ennuis du séjour au lit, le poussent généralement à suivre nos conseils. Ceci facilite le décrochage du trouble moteur en le rendant moins pénible pour le patient. Et l'on évite par cette précaution qu'une douleur trop vive n'inhibe au moment psychologique le retour de la motilité. Mais il ne s'agit là que de diminuer l'élément douloureux ou même au besoin d'habituer le malade à supporter sans surprise la douleur provoquée par le jeu de ses articulations. Cette mobilisation passive n'a qu'un rôle de préparation et non un rôle véritablement thérapeutique.

Dans la très grande majorité des cas, ce n'est qu'après la disparition ou l'amélioration du trouble moteur obtenues par la première séance de psychothérapie que nous faisons faire, si cela est utile, de la physiothérapie. Nous croyons nécessaire de préciser dans quelle mesure et de quelle manière nous en utilisons l'action.

Si la disparition du trouble moteur a pu être totalement obtenue à la première séance de psychothérapie, c'est qu'il n'existait pas de rétractions cutanées ou tendineuses, ni de raideurs articulaires, alors l'action physiothérapique sera inutile. Le retour de l'utilisation physiologique normale du membre suffira à faire disparaître en un temps variable les troubles secondaires (circulatoires, trophiques ou amyotrophiques).

S'il existait des raideurs articulaires, douloureuses, sans ankylose fibreuse, de légères rétractions tendineuses ou cutanées, c'est encore et surtout par la mobilisation active qu'on arrivera à les faire disparaître. On pourra pendant les premiers jours lui

associer la mobilisation passive si on arrive à décider le malade à la faire lui-même très fréquemment (quelques mouvements chaque quart d'heure).

Si enfin les rétractions cutanées ou tendineuses sont très intenses, s'il existe des ankyloses fibreuses, à la mobilisation active (toujours et de beaucoup la plus efficace) et passive, on pourra ajouter les bains chauds, les bains de soleil, la diathermie, etc.. en un mot tous les agents thérapeutiques physiques.

En résumé, *la meilleure physiothérapie est sans conteste la mobilisation active.* C'est elle qui améliorera puis guérira les troubles secondaires.

Pour que la *mobilisation passive* soit utile il faut qu'elle soit faite très fréquemment (tous les quarts d'heure, quelques mouvements). Les séances longues et espacées nous ont paru ne donner que bien peu de résultats. Encore faut-il ajouter qu'elle n'aura d'action réelle que comme complément de la mobilisation

---

EXPLICATION DE LA PLANCHE IX

Fig. 1. Mou... — *Main figée gauche, datant de 17 mois 1/2 consécutive à éclatement d'obus à proximité, sans blessure apparente.*
Mouvements passifs des doigts tous possibles ; mouvements actifs presque nuls. Main gauche nettement plus rouge que la droite jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras ; plis de la face dorsale des doigts effacés, peau du dos de la main épaissie, comme macérée, disparition des poils : ongles plus bombés que du côté sain, à tendance hypocratique. Atrophie légère de l'avant-bras. Hyperexcitabilité musculaire des thénariens et hypothénariens.

Eig. 2. — Même malade 20 jours après la première séance de traitement.
On note la réapparition des plis, l'aspect normal de la peau.

Fig. 3. — Même malade. Photographie prise 4 mois après le début du traitement.
On voit que les ongles des 4 derniers doigts, présentent un trait transversal correspondant à la néoformation unguéale. Ce trait occupe le milieu de l'axe longitudinal, indiquant une repousse de 3 mois environ (le remplacement total d'un ongle demandant 6 mois). Le début de la repousse a donc coïncidé avec l'utilisation normale de la main.

Fig. 4. — Même malade ; photographie prise 6 mois après le début du traitement.
L'évolution de cette néoformation unguéale a progressé, le sillon est maintenant presque à l'extrémité des ongles.

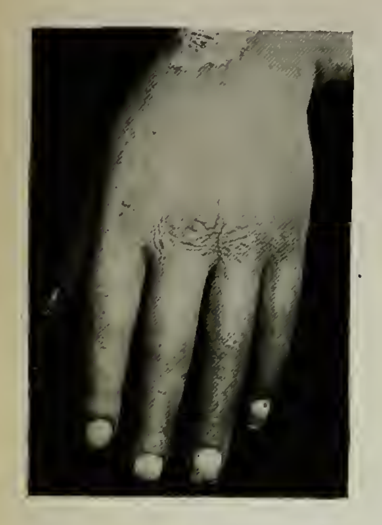


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig 4

active. En assouplissant progressivement les articulations, en provoquant des mouvements plus étendus que ceux possibles spontanément, la mobilisation passive augmentera l'amplitude des mouvements du jeu articulaire et à ce titre préparera le terrain aux mouvements actifs qui pourront dès lors s'exécuter. La mobilisation passive ne sera donc réellement utile que si ses résultats sont immédiatement « exploités » par les motilités active et passive.

Ce que nous venons de dire permet de comprendre que la physiothérapie doit être, comme l'a dit Grasset, *psychothérapique*, de comprendre aussi les insuccès totaux de la physiothérapie isolée même très longtemps prolongée dans les troubles de ce genre. C'est par la psychothérapie en effet qu'on pourra décider un malade à utiliser une main dont il avait perdu l'habitude de se servir depuis de nombreux mois. Ce n'est encore que la psychothérapie qui le poussera à multiplier des séances de mobilisation passive souvent douloureuses pendant les premiers jours. Ce n'est ni par la psychothérapie, ni par la physiothérapie appliquées isolément que l'on fera disparaître les troubles secondaires, mais bien par la psychophysiothérapie. Avec de la conviction, de la persévérance, de l'opiniâtreté même de la part du médecin et du patient, cette psycho-physiothérapie peut et doit généralement amener la guérison.

Quelques exemples de décrochage

Le traitement de toutes les variétés de psychonévroses est l'application des règles générales précédemment énoncées. Ce traitement n'a rien d'immuable, ni de définitivement fixé ; il est au contraire réalisé par une constante et changeante adaptation, suivant les sujets, la nature, l'ancienneté des accidents. Pour préciser les idées des médecins non habitués à la psychothérapie, il nous paraît utile de donner ici quelques exemples. Voyons donc comment on pourra s'y prendre pour obtenir la disparition d'un accident récent (observé dans la zone de l'avant) ou ancien (dans la zone de l'intérieur).

Chacun des exemples que nous prendrons concerne des cas que l'on peut observer et avoir à traiter tant à l'avant qu'à l'arrière. Nous les localiserons cependant pour éviter des répétitions là où on les observe le plus habituellement, là où leur aspect est le plus

caractéristique, ou bien enfin là où il nous paraît plus opportun, plus indiqué et plus utile de les traiter.

I. — Exemple de décrochage à l'avant
(Malades récents)

Surdi-mutité. — Voici comment nous pratiquons :

Un soldat après une « commotion » par éclatement d'obus arrive à l'ambulance de triage. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose : il donne l'impression d'un sourd-muet. L'obnubilation paraît-elle très intense, on pourra le laisser reposer quelques heures et ne s'occuper de lui qu'après ce repos. A ce moment il suffira souvent de lui poser avec insistance quelques questions brèves et précises pour obtenir une réponse. Il sera facile dès lors d'arriver à faire parler ce soldat convenablement. Si ce premier essai n'a pas donné le résultat attendu, si le malade paraît ne pas avoir entendu ce que lui a dit le médecin, il ne faut pas en paraître surpris, pour ne pas le suggestionner. En quelques phrases courtes et très affirmatives, on lui expliquera, par écrit, que ses troubles ne présentent aucune gravité et qu'ils disparaissent de suite quand ils sont convenablement traités, qu'ils cèdent toujours à une simple injection d'un médicament très actif, qui n'a comme inconvénient que d'être un peu douloureux. On fait alors une piqûre d'éther par exemple, et pendant que l'on injecte le liquide, on lui dit, comme s'il entendait, d'émettre un son, de crier. On fait l'injection aussi lentement que possible, en s'arrêtant au besoin pour que la persuasion ait le temps d'agir. Les exhortations de plus en plus pressantes du médecin permettront d'obtenir très rapidement en général, le résultat

---

EXPLICATION DE LA PLANCHE X

Fig. 1. AND... — *a*) *Pied bot ballant double, consécutif à commotion par éclatement de torpille. Durée 34 mois.*

Le 6 avril 1915, éclatement d'une torpille à proximité : deux petites plaies du cou et égratignures de la face. Pas de blessures apparentes au niveau des membres. Shock nerveux ; surdité pendant 3 mois, troubles de la vue. Quand le malade commence à marcher il le fait avec les deux pieds en varus. Le varus est réductible passivement mais non activement.

Troubles secondaires à peine marqués ; le pied gauche est un peu plus froid que le droit. Pas de modification de la réflectivité.

b) Même malade après la première séance de traitement.



Fig. 1

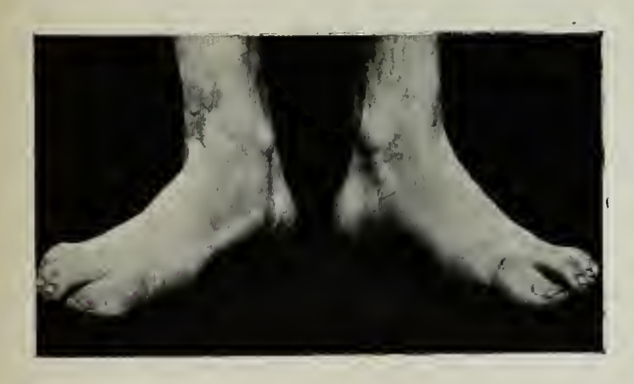


Fig. 2

désiré. Dès que le malade a pu émettre un son, la joie se peint sur son visage ; on lui fait prononcer un mot, puis une petite phrase ; on lui fait remarquer qu'il s'entend parler, qu'il n'est plus sourd et tout de suite on lui fait raconter son histoire. Souvent quand il commencera à parler, il le fera en langage « petit nègre » ou en bégayant, ce que l'on pourra corriger d'ailleurs facilement.

Tout rentre habituellement dans l'ordre assez rapidement et après deux ou trois jours de repos ce soldat peut reprendre sa place au régiment. Si après ces deux ou trois jours le malade paraît encore avoir besoin de repos, si le shock nerveux semble avoir été intense, on pourra l'évacuer sur un Centre Neurologique d'armée avec une fiche détaillée. Ainsi les accidents qu'il a présentés ne risqueront pas de récidiver et de s'installer de façon durable.

Au lieu de faire de la psychothérapie « par écrit », on peut très avantageusement se faire aider par un autre médecin auquel on dira tout ce que l'on désire que le malade entende. Nous avons plusieurs fois employé ce moyen qui nous a toujours réussi.

Si, au contraire de ce qui se passe dans la règle, ces traitements psychothérapiques de fortune ont échoué, on évacuera le malade sur un Centre Neurologique d'armée où la persuasion pourra être aidée de la faradisation ou de tout autre moyen. On fera tout d'abord comprendre au malade (soit par écrit, soit par l'intermédiaire d'un aide auquel on dira ce que doit entendre le sujet) que sa mutité est due à une contraction anormale des muscles du cou produite par l'émotion à laquelle il a été soumis, qu'il lui sera très facile de parler quand, avec l'aide de l'électricité, on aura « décontracté ces muscles » et qu'il éprouvera lui-même cette sensation de décontraction.

Nous le faisons asseoir en face de nous et nous commençons une faradisation faible en plaçant les tampons de chaque côté du larynx. Après deux à trois minutes, nous disons, comme si le malade devait nous entendre, que nous voyons ses muscles s'assouplir et qu'il va bientôt parler. Puis nous lui ordonnons de prononcer un son. Si, ce qui est rare, le malade paraît ne pas avoir entendu notre ordre, nous lui faisons comprendre par gestes. Il essaie souvent sans résultat pendant les premiers efforts. Nous l'encourageons alors, lui affirmant qu'après quelques essais analogues il arrivera au résultat désiré. Nous promenons au besoin les tampons sur les muscles du cou, sur les muscles péribuccaux, et dans le voisinage de ses oreilles. Il parvient à émettre un son rauque. Nous continuons alors plus intensivement la persuasion, l'incitant à faire tous ses efforts, qui vont être maintenant couron-

nés de succès. Bientôt en effet, le son, de rauque qu'il était, devient tout à fait clair. Nous le poussons à ce moment à manifester sa joie. Nous lui faisons remarquer qu'il a entendu le son qu'il vient d'émettre, que son audition est redevenue normale elle aussi, qu'il va être dans un instant tout à fait guéri. Et nous nous gardons bien d'interrompre son accès de joie sincère. Tout de suite nous lui ordonnons de dire un mot, qu'il prononce mal tout d'abord. Nous lui faisons avec insistance, répéter plusieurs fois jusqu'à ce qu'il le dise d'une façon tout à fait correcte. Puis nous lui faisons dire une petite phrase qu'il prononce parfois au début en hésitant, en anonant, mais qu'il dit bientôt normalement. Nous abandonnons dès lors les tampons et lui déclarons qu'il est guéri, qu'il peut parler comme tout le monde et nous lui posons tout de suite des questions auxquelles il répond généralement sans difficulté (1).

(1) A l'intérieur nous avons obtenu presqu'aussi facilement la guérison des sourds-muets anciens (10, 15, 24 mois et plus) traités, il est vrai, dans une atmosphère particulièrement favorable et après une période de préparation pendant laquelle ils avaient appris par des camarades, que d'autres avaient déjà été guéris avant eux. Nous devons ajouter qu'autant la bonne foi des sourds-muets de la zone des armées nous a paru entière, autant il nous a semblé que celle des sourds-muets d'ancienne date à l'intérieur, était souvent suspecte.

EXPLICATION DE LA PLANCHE XI

Cou... — a) *Pied varus droit, consécutif à gelure, datant de 16 mois.*

Fig. 1 à 5. — Epreuves cinématographiques prises avant le traitement.

Fig. 6 à 10. — Epreuves cinématographiques montrant l'inutilité de la chaussure orthopédique dont était muni le malade.

La démarche se fait avec une légère boiterie, le pied en varus. Le varus est réductible passivement mais non activement.

Pied droit légèrement plus froid que le pied sain.

Légère atrophie de la jambe.

Réflexes normaux.

Fig. I à X. — Même malade après la séance de traitement.

De I à V, épreuves cinématographiques prises pendant la marche ; on peut voir que le pied repose à plat sur le sol et que les mouvements se font d'une façon normale.

De VI à X, épreuves cinématographiques prises pendant que le malade exécutait des mouvements actifs de flexion et d'extension du pied.


1
6
I
VI
2
7
II
VII
3
8
III
VIII
4
9
IV
IX
5
10
V
X

Si enfin la faradisation a échoué on peut avoir recours, soit à l'isolement pendant un ou deux jours, soit comme nous le faisions à Doullens ou à Scey-sur-Saône, à la douche froide en jet. En employant ces différents moyens nous n'avons jamais eu d'échecs dans les différentes formations sanitaires, où nous les avons employés (Ambulance divisionnaire, Centre Neurologique d'armée ou de l'intérieur).

De la même façon pourront être traités les différents troubles de l'ouïe ou de la parole, consécutifs aux éclatements d'obus à proximité (surdité, mutité, bégaiement, aphonie, etc.).

C'est là le mode de guérison habituel de la surdi-mutité hystérique. Parfois cependant, au lieu d'être immédiate, elle peut ne se produire que dans la journée, chez des malades dont on n'a pu obtenir complètement du premier coup la confiance absolue et que l'on aura dû, après une séance prolongée, placer à l'isolement en les priant de s'exercer eux-mêmes. Très exceptionnellement on est contraint de prolonger cet isolement pendant 24 ou 48 heures pour obtenir le retour complet à la normale.

Nous croyons la façon de procéder que nous venons de décrire, qui nous a toujours donné des résultats parfaits, très supérieure aux méthodes longues et compliquées de rééducation auditive ou à la lecture sur les lèvres trop souvent encore employée par certains spécialistes. Ces méthodes sont non seulement inutiles, mais nuisibles ; elles ont pour effet de fixer l'attention du sujet sur les troubles dont il se croit atteint et de compromettre ou de retarder la guérison.

Quand nous avions affaire à des malades récents, pour éviter toute suggestion, nous ne faisions pratiquer l'examen par un auriste qu'après avoir traité nos patients, qu'après retour à la normale de la voix et de l'ouïe. Cet examen n'a plus alors d'inconvénient et il est indispensable de le faire. Il existe très souvent, au début, de petites lésions du tympan (perforation, etc.) qu'il est nécessaire de traiter. Mais il faudra prendre soin encore dans ce traitement local d'éviter tout ce qui pourrait être le point de départ d'une nouvelle suggestion.

Les sourds muets, les muets, ou les sourds n'ont pas besoin d'être longtemps surveillés. Les malades sentent bien qu'une récidive, à l'hôpital ou au dépôt, après un retour complet à la normale, les ferait prendre pour des simulateurs. Il n'en est peut-être pas de même des bègues. Traités d'une façon analogue, ils guériront tout aussi facilement, mais les tendances aux récidives pendant les pre-

miers temps qui suivent la guérison sont plus fréquentes et nécessitent une surveillance plus prolongée du médecin.

Si à l'hôpital ou au dépôt les récidives sont rares pour les sourds-muets, un peu moins pour les bègues, elles peuvent s'observer dans la suite, comme pour les autres psychonévroses. Elles sont plus fréquentes dans les formes graves (troubles sensoriels avec état confusionnel) et surviennent lorsque les malades sont renvoyés trop hâtivement sur la ligne de feu et soumis, de nouveau, à un violent bombardement.

II. — Exemples de décrochage à l'intérieur

(Malades anciens)

1° **Plicature.** — Voici un plicaturé avec troubles de la démarche. Son accident causal est de date ancienne. Il y a deux ans, trois ans, plus même qu'il a été enfoui par un éclatement d'obus à proximité. Après un séjour variable au lit, il s'est levé et dès le premier jour, il s'est courbé en avant. Sa plicature s'est aggravée, il a subi toutes sortes de traitements, et il nous arrive convaincu de son incurabilité. Nous l'avons soigneusement préparé, de la façon que nous avons décrite plus haut. Pendant cette préparation, nous nous sommes efforcés de modifier son état mental et de gagner sa confiance. C'est un ouvrier ou un cultivateur d'intelligence moyenne. Avant son entrée à l'hôpital de traitement, il a vu déjà des camarades qu'il avait connus plicaturés, ayant repris une attitude et une démarche parfaitement normales. Ceux-ci sont venus lui dire leur joie. Entré à l'hôpital de traitement, nous l'avons placé dans une salle où se trouvaient des plicaturés guéris, d'autres qui n'étaient pas encore traités. Ces derniers passeront au traitement avant lui, il les verra partir de sa salle, courbés, pour

---

EXPLICATION DE LA PLANCHE XII

Empreintes de pieds bots varus irréductibles ou « bloqués » avant et après la première séance de traitement. Ces empreintes sont prises, le malade debout, au repos.

Fig. 1. Lev.	datant	de 27 mois	Fig. 5. Des.	datant	de 34 mois
Fig. 2. Her.	—	de 27 mois	Fig. 6. Mar	—	de 22 mois
Fig. 3. Gar.	—	de 24 mois	Fig. 7. Nic.	—	de 8 m. 1/2
Fig. 4. Rib.	—	de 17 mois	Fig. 8. Ber.	—	de 20 mois

Fig. 9. Cat. . . . . datant de 16 mois

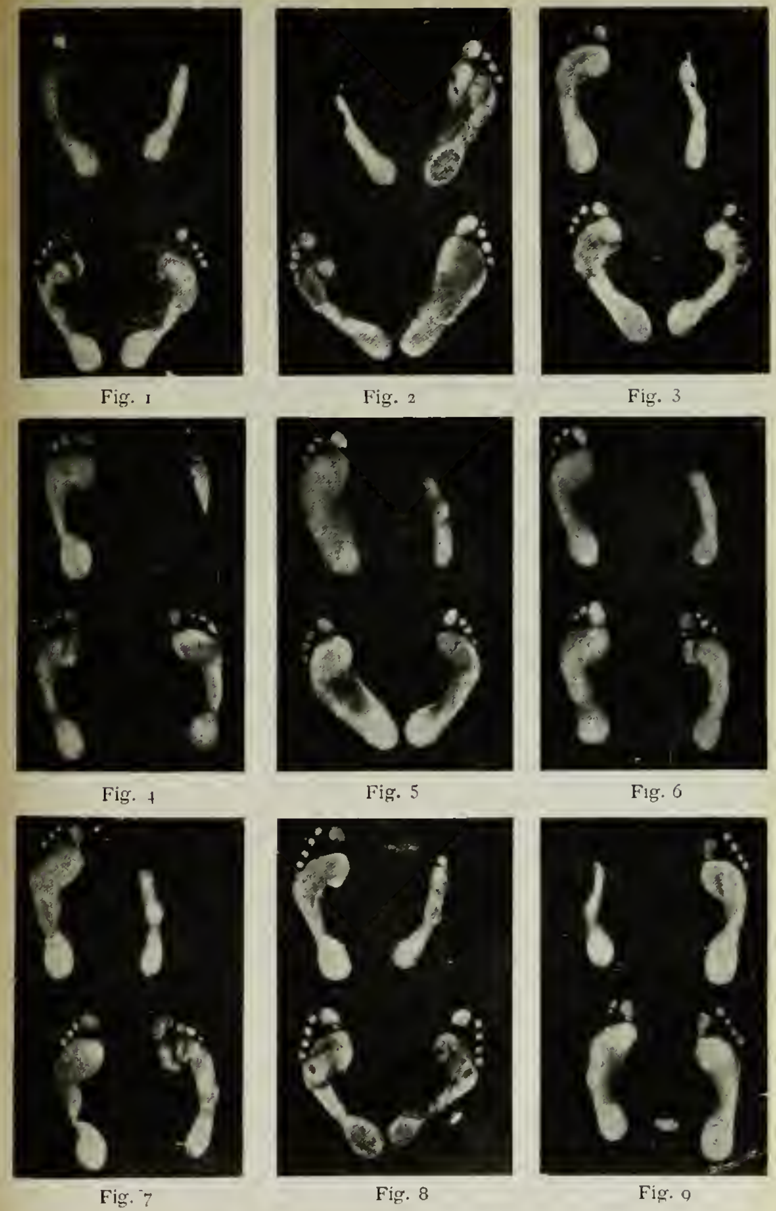


Fig. 1 Fig. 2 Fig. 3

Fig. 4 Fig. 5 Fig. 6

Fig. 7 Fig. 8 Fig. 9

aller dans le cabinet médical; il les verra rentrer redressés, pouvant se renverser en arrière, manifestant leur joie. Le lendemain il nous demandera de le traiter. Il sait par ses camarades que le traitement ne fait aucun mal, il ne le craint plus, il le désire. On peut être certain à ce moment que la guérison est assurée.

Le malade arrive dans le cabinet médical où on l'examine complètement, avec le plus grand soin; nous lui affirmons que sa maladie ne présente aucune gravité; qu'elle est toujours curable, que nous n'avons jamais eu d'échec dans des cas de ce genre, sauf chez de mauvais sujets, de faux malades qui ne désirent rien moins que la guérison, qui mettent tout en œuvre pour persister dans leur état. Tout de suite il dira que ce n'est pas son cas, qu'il y a longtemps qu'il voudrait être guéri, qu'il a tout fait pour cela, qu'il a employé toute sa volonté, mis tous ses efforts, mais que jamais on n'a pu l'améliorer. Il ajoutera qu'il sait bien qu'ici il va guérir, qu'il a vu tel de ses compagnons d'infortune heureux de sa guérison, qu'il avait hâte d'être traité. Nous le laissons parler, puis nous lui affirmons que son désir va être bientôt réalisé, que la maladie dont il est atteint est toujours curable, qu'elle consiste uniquement en une contracture de certains muscles, qu'on peut faire cesser très aisément par un traitement électrique approprié, non douloureux et qu'il sera surpris lui-même de voir avec quelle facilité il pourra tout à l'heure se redresser, se renverser en arrière, et que sa guérison sera définitive. Nous le faisons alors coucher sur le lit d'examen, dans une position qui lui est commode, sur un côté par exemple. Puis nous faisons un peu de faradisation très légère, deux à trois divisions de la bobine faradique, sur les muscles lombaires, en ne laissant les tampons qu'un instant pour lui montrer que le courant n'est pas douloureux et nous le rassurons en disant que c'est là tout le mal qu'il aura à supporter. Nous l'entendons dire que c'est très supportable en effet et qu'il a subi des traitements beaucoup plus pénibles. On pose alors un tampon à la partie inférieure des muscles lombaires, l'autre à la partie supérieure, puis après une, deux minutes nous changeons de côté. Pendant ce temps nous continuons notre persuasion; nous le prévenons que dans un moment il va commencer à sentir ses muscles s'assouplir, nous lui recommandons de se laisser aller, d'être tout à fait souple, « tout à fait mort ». Puis nous faisons quelques secousses lentes, les tampons étant toujours placés aux mêmes endroits. Nous lui affirmons que nous voyons ses muscles qui commencent à se contracter normalement, qu'il doit les sentir lui-même s'assouplir. Presque toujours il nous

répondra qu'il le sent très bien en effet. Continuant notre persuasion dans ce sens, nous lui répétons qu'il s'agit là d'une chose très simple, banale, qui n'a rien du miracle, qu'il suffit de savoir traiter cette maladie pour en obtenir facilement la guérison. Nous nous efforçons de lui donner l'impression que nous avons une telle certitude du résultat qui va se produire à l'instant, qu'il ne puisse en douter lui-même. Tout ceci a duré à peine une dizaine de minutes, mais il faut se méfier du moment où on doit lâcher les tampons. C'est le moment important, le moment psychologique qu'il faut sentir, qu'il faut atteindre mais qu'il ne faut pas dépasser. On doit sentir, prévoir, que le malade va se redresser sans hésitation, qu'il est absolument convaincu. Il faut prendre garde par conséquent à la dernière phrase que l'on prononcera et tâcher d'obtenir du patient qu'il dise par exemple, qu'il se sent tout à fait souple, tout à fait transformé, qu'il n'est plus le même homme, etc. Nous lui affirmons que nous en sommes certains en effet en voyant la façon dont se contractent ses muscles, que nous allons être heureux de la joie qu'il va avoir à sentir combien il lui est facile de se redresser. Nous le faisons mettre alors à genou sur le bord du lit pour tromper son automatisme : on arrivera ainsi à le faire se redsesser bien plus facilement que s'il était debout. Pendant qu'il s'agenouille, nous répétons encore qu'il va être surpris de la souplesse de la facilité qu'il va éprouver à se mettre droit. S'il est « à point » nous n'aurons pas besoin de l'aider et pour lui montrer combien notre conviction est absolue, nous nous écartons de lui sous un prétexte quelconque pour paraître ne point l'observer, mais tout en continuant à lui parler, en lui demandant, de telle façon que la réponse ne puisse être autrement qu'affirmative, s'il ne se sent pas infiniment plus souple, tout à fait transformé. Nous nous retournons alors sans paraître le surveiller, et habituellement nous le retrouvons droit, ayant peut-être l'air de faire encore quelque effort pour s'y maintenir. Nous nous approchons de lui et l'engageons à faire des mouvements de latéralité du tronc pour lui démontrer en le lui affirmant combien tout cela est devenu aisé ; nous l'aidons un peu au besoin mais en le guidant simplement, sans y mettre la moindre force. Puis de la même façon, nous le faisons se renverser en arrière plusieurs fois de suite. Nous le préparons à se lever en lui disant qu'il est guéri puisqu'il peut se renverser en arrière, que ses troubles de la démarche vont disparaître maintenant qu'il est droit, comme ils disparaissent toujours chez tous les plicaturés redressés. Nous le faisons mettre debout et marcher tout de suite, corrigeant au besoin le petit défaut de

la marche qui persiste, en lui montrant qu'il ne s'agit là que d'un reste d'habitude qui va cesser après quelques pas. Puis nous l'aidons à nous dire sa joie et nous en profitons pour lui faire faire quelques mouvements du tronc en avant, en arrière, sur les côtés. Peut-être dira-t-il qu'il éprouve encore un peu de douleur en faisant ces mouvements. Nous n'en paraissons pas surpris et lui affirmons que ces douleurs passent toujours au bout de 24 ou 48 heures, d'autant plus vite que les malades font plus d'exercices. Nous le faisons habiller et nous le reconduisons dans sa salle. Nous nous assurons ainsi qu'il se présentera marchant normalement ; nous lui faisons faire des mouvements du tronc devant ses camarades sans paraître prendre ceux-ci à témoins, mais sous le prétexte de lui faire répéter une dernière fois devant nous ce qu'il devra faire dans la journée. Nous n'aurons plus beaucoup de peine avec ce malade les jours suivants et il nous sera très reconnaissant de sa guérison. Il deviendra même pour nous un aide précieux pour la guérison des autres. Le tout aura duré 20 minutes à une demi-heure ; le moins longtemps possible sera le mieux.

La rapidité de la guérison totale est très variable ; elle peut réaliser toute la gamme étendue depuis le résultat soudain jusqu'au résultat lentement progressif. Dans ce dernier cas c'est par entraînement prolongé que l'on arrivera à la guérison totale. La cause des résultats lents peut tenir à quelque faute de psychothérapie (préparation insuffisante du malade ou manque de confiance du médecin), elle peut tenir aussi quelquefois, mais c'est là l'exception, à l'existence de lésions organiques coexistantes ; dans ce dernier cas on n'obtient que la part fonctionnelle de la difformité, le reliquat restant étant justifié par des modifications organiques vérifiées par la radiographie. Cette éventualité nous paraît réaliser une infime exception.

Dans tous les cas ces malades doivent être entraînés longuement sous surveillance du médecin et n'être confiés à l'entraînement militaire que lorsqu'à aucun moment on n'aperçoit plus de tendance au ressouvenir de l'attitude vicieuse. Il faut avouer, quelle qu'en soit l'explication, que dans la majorité des cas anciens et invétérés, il subsiste pendant longtemps et même après assouplissement total de la musculature, une tendance habituelle, révélée surtout après les fatigues, à ébaucher la difformité première. Pour cette raison et en règle générale, ces sujets seront proposés pour un changement d'arme ou mieux pour le service auxiliaire. ou même la réforme temporaire quand il s'agit de cas très anciens.

2° **Crises hystériques.** — Pour les crises hystériques le traitement est en quelque sorte prophylactique.

Pour bien comprendre l'efficacité de notre façon de procéder à l'égard des crises nerveuses, il faut bien prendre en considération les deux points suivants :

D'abord l'énorme contagiosité de cet accident. Pour souligner ce fait, il suffit de rappeler qu'il y a des régions, des hôpitaux à crises, qu'il y a des salles, des étages à crises dans certains hôpitaux, qu'il y a des heures spéciales pour les crises (le plus souvent en l'absence des médecins).

D'autre part, l'influence de la volonté sur les crises nerveuses et la possibilité, chez un malade qui le veut, d'éviter la production d'un semblable accident. Pour confirmer la réalité de ce fait il suffit de remarquer que les malades choisissent le lieu et l'heure de production de leurs crises, qu'elles ne surviennent que dans les occasions où ils sont observés et enfin que tels malades ont des crises avec tel médecin et n'en ont pas avec tel autre.

Nous croyons amplement prouver l'influence de la volonté du sujet — en dehors de tout autre élément de psychothérapie — sur les crises nerveuses, par la description de notre façon de procéder à leur égard et des résultats que nous avons ainsi obtenus.

Quand on nous envoie des « crisards », ils sont dès leur entrée à l'hôpital d'attente, prévenus que toutes crises doivent cesser ici parce qu'il s'agit d'un accident pouvant être évité par la volonté du malade. Une simple conversation résume généralement toute notre psychothérapie. Comme d'autre part ces malades ne trouvent plus de crisards dans le nouvel hôpital où ils arrivent, ils cessent sous cette double influence d'avoir des crises hystériques. Tout au plus de loin en loin, un soir de sortie, sous l'influence de l'alcool verra-t-on une récidive passagère.

S'il s'agit d'un malade dont la mentalité plus simple nécessite l'application du « traitement » l'on appuiera la persuasion d'un peu de faradisation sur la nuque et le dos par exemple ou dans les mains. S'il s'agit d'un cas plus tenace il sera traité par l'isolement et au besoin le régime lacté.

Dans ces conditions nous voyons généralement les crises cesser dès l'entrée de nos malades.

Si cependant, exceptionnellement, une crise survient, à peine est-elle au début, le malade est traité par aspersion d'eau froide, par application du balai faradique (courant douloureux) sur les téguments ; on arrête la crise, le sujet est sévèrement admonesté, mis au besoin un jour ou deux à l'isolement. Et l'expérience nous montre qu'il ne recommencera plus.

Par ce traitement plus particulièrement prophylactique nous

avons éliminé les crises nerveuses de notre milieu hospitalier. Nos crisards se sont tous pliés à la nécessité de n'avoir plus de crises, tout au moins tant qu'ils sont sous notre surveillance médicale.

Là d'ailleurs est le fait important pour décider de l'utilisation militaire de ces sujets.

Tant qu'ils sont sous surveillance médicale spéciale ils resteront indemnes. Mais, et particulièrement quand ils sont de retour au dépôt, au front, qu'ils trouvent un milieu médical moins averti, il est fréquent qu'une récidive survienne.

Il serait désirable, et ceci s'applique à beaucoup des accidents dont nous avons décrit le traitement, que dans toute la filière médicale suivie par ces malades après guérison, on soit averti et convaincu qu'une crise hystérique ne doit pas se reproduire chez un homme une fois guéri, si telle est la ferme volonté du sujet. Ainsi peut-être pourrait-on rendre systématiquement à l'armée des sujets, complètement sains, le plus souvent jeunes, qu'il est vraiment inéquitable de garder à l'arrière.

3° **Mains figées et pieds bots**. — Nous terminons à dessein par cette catégorie d'exemples. Il s'agit là de manifestations morbides, de nature encore très discutée, révélées ou en tous cas infiniment multipliées par la guerre. Leur apparition n'est pas contemporaine de l'accident de guerre ; le syndrome clinique qui les réalise est le résultat d'une évolution plus ou moins longue. Pour cette raison, ce sont les types des accidents que l'on rencontre très fréquemment dans les centres de l'intérieur. Enfin des résultats que l'on obtient en les traitant par psychothérapie découlent des déductions capables d'influer sur la conception pathogénique à laquelle on s'arrête pour expliquer leur allure clinique spéciale.

a) **Main figée**. — La main figée, dans ses multiples apparences, est réalisée par des localisations diverses et des prédominances variables de paralysies, de contractures ou d'association des deux troubles moteurs. Le mode d'action de la psychothérapie sera le même que dans les cas précédents. Le malade préparé par l'ambiance sera averti que ses muscles vont être « réveillés » ou au contraire « assouplis. » Par des secousses ou des courants tétanisants faradiques réalisant les mouvements absents ou déficients, on appuiera l'affirmation faite. Au moment psychologique, on commandera les mouvements à faire. On fera plusieurs fois ouvrir, fermer la main, remuer les doigts rapidement, on fera serrer le dynamomètre, prendre une chaise et la soulever. Il faudra obtenir tout de suite le retour à la normale de l'étendue, de la

rapidité et si possible de la force. Il persiste souvent de la méiopragie sur laquelle nous nous expliquerons ailleurs. On recommandera bien au malade, une fois la séance terminée, de se servir dans la suite presque uniquement de la main malade et on s'assurera pendant qu'il se rhabille qu'il mette tout de suite cette recommandation en pratique.

Mais ce n'est pas tout, et les éventualités possibles sont dans les mains figées plus variées, plus complexes :

S'il n'y a que contracture ou paralysie, il s'agit d'une main figée hystérique pure, le cas est assimilable à toutes les localisations déjà étudiées.

Si au contraire, il y a adjonction de troubles caloriques, vaso-moteurs, trophiques, il s'agit d'une main figée dite « réflexe » et considérée comme beaucoup plus rebelle à la psychothérapie. Envisageons ces éventualités et voyons quelles déductions thérapeutiques il faut en tirer.

Nous étudiérons et analyserons longuement plus loin (chap. V) les mains figées dites « réflexes » dans leurs rapports avec la psychothérapie et nous chercherons à établir que dans tous les cas le trouble moteur doit être considéré comme pithiatique et les troubles caloriques, vaso-moteurs, trophiques, musculo-tendineux, articulaires, comme des troubles secondaires de l'hystérie. Mais même s'il en est ainsi, la coexistence de ces troubles est parfois de nature à entraver partiellement l'action de la psychothérapie. Voyons dans quels cas et dans quelle mesure ?

S'il y a des rétractions musculo-tendineuses ou des ankyloses articulaires fibreuses, on ne pourra obtenir qu'un résultat partiel et la motilité ne reviendra que dans la mesure où elle ne sera pas mécaniquement entravée. Le malade doit en être prévenu à l'avance et ce serait de la mauvaise psychothérapie que lui promettre plus qu'on ne peut obtenir. Ces cas même s'il y a doute sur l'importance de la part fonctionnelle, doivent être traités avec confiance; l'on est souvent surpris au décrochage, d'obtenir une amélioration inespérée et de voir le reliquat organique se réduire à un minimum imprévu.

Toute autre est la situation s'il n'y a que des douleurs, des raideurs articulaires susceptibles seulement de réductions progressives. En pareils cas nous avons observé parfois qu'au décrochage la mobilisation des articulations douloureuses inhibait brusquement le retour de la motilité et nous avons dû à ce fait des résultats imparfaits. Aussi, nous l'avons dit, quand il y a douleur articulaire, nous pensons qu'une mobilisation préalable est indiquée.

Mais il faut se garder de la prolonger trop longtemps, de faire croire au malade qu'on veut à nouveau le traiter par la kinésithérapie — si souvent employée antérieurement et sans succès dans ces cas. — Il faut lui dire que c'est une préparation de quelques jours nécessaire pour éliminer l'élément douloureux. Quand le sujet se sera habitué à la possibilité de la mobilisation passive, il pourra être traité et à la séance de psychothérapie on obtiendra le retour de la motilité compatible avec le reliquat de raideurs articulaires. C'est alors seulement que la physiothérapie devra être instituée dans ses modes variables (mobilisation, bains chauds, etc.) et qu'elle sera seulement susceptible de donner ses vrais résultats.

Nous croyons et avons vu en effet que la physiothérapie n'est utile et efficiente dans les mains figées que dans la mesure où elle est subordonnée et secondaire à la psychothérapie. D'ailleurs le retour des mouvements actifs volontaires n'est-il pas le meilleur et le plus parfait élément physiothérapique auquel on puisse recourir. Par conséquent, exception faite pour les quelques séances de mobilisation destinées à diminuer les douleurs articulaires, la psychothérapie représente le temps premier et capital du traitement.

Enfin une dernière éventualité peut se produire : il n'y a pas de troubles articulaires, pas de lésions musculo-tendineuses, il y a seulement des troubles caloriques et vaso-moteurs : la main est froide et bleue surtout par temps froid ; on considère généralement que cet état est coexistant d'une diminution de la force musculaire, d'une méiopragie indépendante du trouble moteur pithiatique. Notre expérience nous a appris qu'on peut aborder ces cas avec autant de confiance que toutes les psychonévroses ; que les mouvements redevenus normaux en étendue et en rapidité, la méiopragie restante est inconstante, variable et dépend plus de la mentalité du sujet et de la perfection du décrochage que de l'intensité des troubles vaso-moteurs ; qu'enfin elle n'est pas plus marquée que celle des autres localisations paralytiques fonctionnelles des membres, au moins telles que la guerre nous les a révélées.

Pour ce qui concerne l'avenir des troubles caloriques et vaso-moteurs après guérison du trouble moteur, ils sont d'une rétrocession lente, mais notre expérience nous a appris que plus le décrochage a été parfait, plus dans la suite, les mouvements se rapprochent de la fonction physiologiquement normale et plus ces troubles s'atténuent rapidement. En ce sens ils subissent l'action

tardive et indirecte de la psychothérapie initiale aussi bien que de la psychothérapie ultérieure qui consiste à surveiller et exhorter sans cesse le sujet à se servir de sa main.

Les modifications des troubles trophiques, peau, ongles, muscles, sont également tardives et se produisent peu à peu sous l'influence du retour de la motilité normale.

A la fonction motrice seront donc subordonnées les modifications régressives des troubles secondaires.

On surveillera le retour et les progrès des fonctions motrices au dynamomètre. Nous tenons à ce point de vue, pour chaque malade, un tableau permettant de surveiller l'évolution du retour de la force musculaire, d'admonester le retardataire, de récompenser celui qui fait des efforts rapides. Quand on estime avoir obtenu un résultat suffisant le malade est envoyé à l'entraînement militaire et, s'il n'a pas de reliquat organique, il pourra rester au service armé.

Il faut dans les cas guéris se tenir en garde contre ce fait que, si le malade se sert mal et peu de sa main, il aura encore tendance par temps très froid, à présenter du refroidissement, de la cyanose et un peu de méiopragie. Ceci ne persiste, nous semble-t-il, que chez les malades qui n'ont pas eu la volonté d'exercer suffisamment leur main guérie ; mais quelle que soit la cause de cette éventualité il ne faut pas méconnaître sa possibilité et même sa relative fréquence, pour la décision concernant l'avenir militaire de chacun de ces malades.

b) **Pieds bots.** — En dehors de leur localisation, de la coexistence possible — quoique moins fréquente et moins marquée — de troubles vaso-moteurs et caloriques, les pieds bots réalisent une localisation motrice plus simple que celle observée dans les mains figées.

Pour cette raison la sélection préalable des malades dans les salles doit être encore plus attentivement surveillée ; en effet, si les mains figées, infiniment variables, dans leurs aspects cliniques, auront relativement peu d'occasions de se copier, en revanche les pieds bots presque tous semblables, ont tendance à l'imitation bonne ou mauvaise. En entourant le nouveau cas de malades bien guéris on aidera par conséquent à sa préparation pour la séance de psychothérapie ; si au contraire, il voit autour de lui des résultats imparfaits, il fixera dans son esprit l'idée d'un retour incomplet à la normale. Cette constitution, cette surveillance de l'ambiance pour les pieds bots est aussi importante en raison de l'extériorisation marquée du moindre défaut dans un pied bot traité.

Un malade atteint de main figée se sert imparfaitement de sa main, conserve une diminution de la force musculaire, le voisin ne le verra, ne le saura pas toujours ; mais au contraire si un pied bot n'est pas bien réduit, le malade aura une boiterie disgrâcieuse qui n'échappera pas aux nouveaux venus en imminence de traitement, dont le sens d'observation et de critique est, nous l'avons vu, aiguisé de façon extrême. Donc autant que possible le patient ne sera pris au traitement qu'après avoir été bien entouré et complètement convaincu. S'il y a de mauvais éléments dans le service, il vaut mieux attendre.

Le décrochage est relativement simple si le malade est de bonne mentalité et s'il est « mur ».

Pour les pieds bots « ballants » on procédera ainsi : après quelques secousses musculaires, on provoquera faradiquement la réduction de l'attitude vicieuse ; au moment voulu on commandera le mouvement déficient et sitôt que le malade l'aura réalisé, on lui commandera la marche, la course et le saut à cloche pied sur le pied malade.

Même chose pour le pied bot contracturé mais « réductible ». On persuadera le malade de l'amplification, de la plus grande facilité de la réduction passive après avoir « assoupli » les muscles du mollet par des secousses lentes. Ensuite l'on procédera comme dans le cas précédent en lui faisant réaliser des mouvements actifs de correction.

Dans les pieds bots irréductibles ou « bloqués » il y a parfois association à un certain degré d'équinisme. Mais ni le degré de la contracture, ni la plus grande complexité de la déformation, n'influent sur le résultat du traitement. Nous avons observé et particulièrement dans ces cas considérés comme plus rebelles — deux catégories de faits bien distincts quant à l'action de la psychothérapie.

a) S'il s'agit de sujets à bonne mentalité qui n'ont pas subi de multiples tentatives de traitement, on obtient une guérison aussi rapide, aussi aisée que dans les cas précédents. Quelques secousses faradiques appuyant les paroles de persuasion, mouvements passifs, mouvements actifs, marche, course ; en quelques minutes nous avons observé la réduction de pieds bloqués datant de 12 à 24 mois et plus.

Nous avons objectivé la rapidité des résultats en notant sur les empreintes prises avant et après la séance, l'heure exacte. Nous notons sur ces empreintes des durées de 15, 10 et même 5 minutes (Voir fig. 1-9. Pl. XII).

b) Une autre catégorie de faits est réalisée par les sujets à mauvaise mentalité, ayant épuisé tous les hôpitaux, tous les traitements (physiothérapie, électrothérapie, réduction sous anesthésie, appareils plâtrés) ayant été envoyés dans des services de chirurgie pour interventions correctrices acceptées ou refusées par eux. Ces sujets, adressés à notre centre comme récalcitrants, ont subi une véritable contre-psychothérapie préalable et il est extrêmement difficile de les préparer à nouveau. C'est dans ces cas que nous avons dû nous épuiser en des séances de une, deux, trois heures et plus, que nous n'avons obtenu des résultats que lentement progressifs avec tendance fréquente au retour de la déformation, que nous avons observé le plus souvent les récidives et enfin que nous avons constaté sur l'ensemble de notre service l'influence néfaste de cette catégorie de persévérateurs.

C'est donc la mentalité du sujet, sa préparation antérieure qui conditionneront pour la plus grande part l'obtention d'une guérison soudaine, lente ou très longuement progressive. C'est elle aussi qui conditionnera la stabilité de la guérison, ou au contraire la tendance aux récidives. Cette distinction capitale étant faite, nous pourrons affirmer qu'à origine, à passé communs, la guérison d'un pied bot par psychothérapie est indépendante dans une certaine mesure :

De la forme clinique;

De l'ancienneté du cas;

De l'existence des troubles secondaires (ceux-ci étant limités ici aux troubles vaso-moteurs et caloriques).

Si l'on a obtenu une guérison soudaine, l'entraînement médical sera court et facile. Bientôt le malade pourra aller à l'entraînement militaire, faire des marches de 5 à 10 kilomètres et enfin être renvoyé à l'armée, service armé avec proposition pour une arme plus sédentaire que l'infanterie.

Si au contraire on a affaire à une guérison lentement progressive (ce qui est l'exception) il est rare que l'on obtienne un résultat parfait Alors force est de proposer le malade pour le service auxiliaire.

Enfin si l'on observe à un moment quelconque de l'entraînement des récidives partielles ou complètes, on les voit généralement céder rapidement par quelques jours d'isolement. Ce fait, ainsi que celui d'avoir vu ces récidives passagères survenir en véritables épidémies momentanées, puis céder complètement, souligne bien l'importance du facteur psychique dans ces affections et par conséquent la prise que doit avoir une psychothérapie bien comprise et judicieusement appliquée sur leur évolution.

CHAPITRE V

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES SUR LA NATURE DE CERTAINS TROUBLES NERVEUX OBSERVÉS COMMUNÉMENT DURANT LA GUERRE.

Si la conception pathogénique d'une affection dicte les méthodes thérapeutiques à instituer, inversement les résultats du traitement peuvent à leur tour concourir à fixer la nature même d'un trouble morbide

C'est le cas notamment pour les accidents nerveux qui font l'objet de notre étude. Leur guérison par psychothérapie constitue en effet un de leurs caractères essentiels, admis par tous les auteurs et qui a même servi à les définir.

En somme, la guérison possible, souvent rapide, immédiate et durable (quelle que soit cette durée) d'un tremblement, d'une boiterie, d'une paralysie ou d'une contracture, obtenue par les moyens psychothérapiques prouve indubitablement sa nature inorganique, fonctionnelle. Mais c'est la seule notion que l'on est en droit de tirer du résultat thérapeutique ; la déduction par raisonnement inverse ne saurait être vraie. C'est à tort en effet que l'on s'est appuyé quelquefois sur la non curabilité de certaines manifestations nerveuses pour les faire relever d'une lésion organique, centrale ou périphérique.

En matière de diagnostic de l'hystérie, le test thérapeutique n'a donc de valeur que s'il est positif. A ce titre il vient souvent suppléer à l'insuffisance des signes cliniques et apporter, en même temps que la disparition d'un trouble quelconque, la clé du diagnostic.

Nous l'avons pour notre part largement mis à contribution, depuis le début de la campagne. Bien souvent il nous a permis de rectifier un diagnostic antérieurement porté, ou encore il nous a servi en présence de certains accidents nouveaux, encore mal connus, comme les troubles post-commotionnels (tremblement, plicature, etc..) — et contrairement à l'opinion émise par beau-

coup d'auteurs au début de la campagne — à en démontrer la nature hystérique.

« Dans l'immense majorité des cas, disions-nous, ces troubles « nerveux (consécutifs à la déflagration des explosifs) sont de « nature fonctionnelle, inorganique et doivent être rangés dans « le groupe des accidents dits hystériques ou pithiatiques. C'est-à- « dire qu'ils ne s'accompagnent d'aucun des signes connus par « lesquels se traduit à nous une perturbation organique du sys- « tème nerveux central ou périphérique et qu'ils sont tous cura- « bles par la psychothérapie appliquée dans de bonnes condi- « tions » (Roussy et Boisseau, *Soc. de Neurologie*, 6-7 avril 1916, p. 585).

C'est encore à l'appui des résultats obtenus dès le début, dans notre Centre des Psychonévroses de Salins, que nous avons été amenés à prendre parti dans le débat concernant les *Troubles nerveux d'ordre réflexe*, décrits par MM. Babinski et Froment et à envisager de façon différente le complexus pathogénique de cette variété d'accidents.

L'intérêt doctrinal qui se dégage de cette question, les déductions d'ordre essentiellement pratique qui en découlent, tant au point de vue thérapeutique que prophylactique, nous engagent à la reprendre ici dans ses détails.

Dans son rapport sur *Les caractères des troubles moteurs* (*paralysies*, *contractures*, *etc..*) *dits « fonctionnels » et la conduite à tenir à leur égard*, présenté à la Réunion de la Société de Neurologie du 6-7 avril 1916, M. Babinski a posé la question de la façon suivante :

1° N'y a-t-il pas lieu en se plaçant exclusivement au point de vue des décisions médico-militaires que l'on peut être appelé à prendre, de distinguer parmi les troubles de la motilité dits fonctionnels, ceux que l'on peut faire disparaître rapidement, immédiatement même, par les pratiques psychothérapiques (Groupe A) des phénomènes sur lesquels ce mode de traitement paraît sans action notable (Groupe B) ?

2° N'y a-t-il pas lieu, pour éviter tout malentendu, d'adopter une désignation spéciale pour désigner les faits de la première catégorie (Groupe A) et de leur réserver au moins provisoirement l'expression de « troubles fonctionnels » ? On pourrait d'ailleurs

avec avantage remplacer ce vocable par tout autre terme, à la seule condition qu'il soit adopté unanimement et avec une même acception.

3o Les Neurologistes n'ont-ils pas observé une catégorie de paralysies et de contractures ayant un aspect particulier et qui sans pouvoir être rangées parmi les affections organiques connues sont comme celles-ci réfractaires à la psychothérapie ?

C'est ainsi à l'origine qu'a été posé le problème qui devait dans la suite susciter de nombreuses et intéressantes controverses, et dont un des points de départ on le voit, a été appuyé, par M. Babinski lui-même, en partie sur le criterium thérapeutique.

En examinant la question dans son ensemble, d'après la série des nombreux travaux parus jusqu'ici, on peut ramener à trois théories principales les idées émises sur la pathogénie des troubles dits « d'ordre réflexe » ou « physiopathiques ».

Théorie réflexe. (Babinski et Froment). — Dans leur livre « Hystérie-Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe » MM. Babinski et Froment résument comme suit leur conception pathogénique :

« En résumé la pathogénie « réflexe » nous semble rendre « compte de toutes les particularités du syndrome dont nous nous « occupons. Parmi les symptômes qui le constituent, les uns, « tels que la surexcitabilité tendineuse et le spasme vasculaire « sont le résultat direct de l'action réflexe ; les autres tels que « la surexcitabilité mécanique des muscles et la lenteur de la « secousse ne paraissent en être qu'une conséquence indirecte. « Enfin il est possible que les troubles de motilité puissent dépen- « dre tantôt, comme Charcot l'avait supposé, d'un état d'exci- « tation ou de stupeur des centres moteurs spinaux, tantôt des « perturbations qu'entraînent les phénomènes vaso-moteurs « sympathiques, eux-mêmes d'origine réflexe.

« Au premier mécanisme répondent, sans doute, les contrac- « tures avec surréflectivité tendineuse manifeste ou latente et « sans troubles vaso-moteurs notables, telles que certaines con- « tractures en flexion de la jambe sur la cuisse ou encore cer- « taines contractures des fléchisseurs de l'avant-bras.

« Au deuxième mécanisme semblent répondre particulière-
« ment ces états parétiques, ou hypertoniques si communs qui
« prédominent aux extrémités et qui s'accompagnent de troubles
« vaso-moteurs très caractérisés. Les deux mécanismes du reste
« paraissent souvent entrer en jeu simultanément, ce qui explique
« l'association fréquente des troubles qui appartiennent à ces
« deux catégories de faits, association que nous avons observée
« par exemple dans des cas de contracture des muscles pelvi-
« trochantériens avec état parétique du pied ».

Dans leurs travaux ultérieurs, MM. Babinski et Froment tendent à diminuer notablement l'importance du trouble moteur réflexe du syndrome physiopathique, ainsi que la tenacité de ces troubles à l'égard de la psychothérapie. Ils insistent plus encore sur la fréquence des associations hystéro-organiques réflexes et sur la prédominance fréquente et progressive de l'élément pithiatique qui peu à peu tend à remplacer le trouble moteur d'ordre réflexe. Enfin ils ne refusent plus à l'immobilisation le droit de jouer un rôle dans la genèse de leur syndrome.

« Il n'est guère probable, disent ces auteurs dans la 2e édition
« de leur livre, (p. 240), que les troubles nerveux dits réflexes,
« même quand ils sont très marqués, durent au delà d'une cer-
« taine période. On voit bien, il est vrai, des amyotrophies du
« quadriceps consécutives à une arthrite du genou se prolonger
« pendant des années avec des alternatives en bien et en mal,
« mais les aggravations se produisent à l'occasion d'une recru-
« descence de l'affection articulaire. Lorsque la lésion causale
« est définitivement et complètement guérie, ce qui par paren-
« thèse est d'une appréciation difficile, les troubles de motilité et
« les autres troubles physiopathiques doivent guérir aussi, la
« régression ne présentant pas d'ailleurs une marche nécessaire-
« ment parallèle pour ces divers phénomènes. S'ils subsistent,
« c'est qu'ils sont sans doute fixés par l'élément psychopathique
« qui s'est d'abord associé à eux, puis s'y est substitué, les trou-
« bles de motilité, paralysie et contracture étant devenus unique-
« ment ou presque uniquement hystériques et le reliquat des
« autres troubles, atrophie, troubles circulatoires étant entretenus
« par l'immobilisation ».

En somme ces auteurs après avoir cherché dans leurs premiers

travaux à opposer les troubles moteurs fonctionnels d'ordre réflexe, à ceux de nature hystérique, tendent actuellement à faire une part de plus en plus grande à la fréquence des associations de ces deux types, *associations hystéro-réflexes*, et admettent même la fréquence de la *substitution* du trouble hystérique au trouble réflexe, et l'influence de l'*immobilisation* sur la persistance de certains des troubles observés (1).

La théorie réflexe de MM. Babinski et Froment a été acceptée soit complètement, soit en partie seulement par un certain nombre de Neurologistes, qui, à la suite de la discussion générale de la Société de Neurologie d'avril 1916 sont venus apporter des faits confirmatifs (H. Gougerot et Albert Charpentier; Porrot; A. Mézie; H. Meige; Souques, Mégevand, Mlle Naiditch et Rathaus; Miraillé; Clovis Vincent; Laignel-Lavastine et P. Courbon, etc.).

Par contre l'un de nous (G. Roussy) déjà dans la discussion qui suivit le rapport de M. Babinski (*Revue Neurologique* 4-5, 1916, p. 536, séance du 6-7 avril 1916) faisait les réserves suivantes :

(1) Tout récemment, à la séance de la Société de Neurologie du 11 avril 1918, dont les compte-rendus nous arrivent au moment de la correction des épreuves de ce livre, M. Babinski émet une opinion plus voisine encore de la nôtre. « Il est certain, dit-il, qu'un « trouble moteur, soit hystérique, soit simulé peut persister indé- « finiment à un degré plus ou moins élevé en raison d'une pertur- « bation mentale ou d'une obstination coupable : une mentalité « anormale est susceptible de constituer un obstacle à la gué- « rison bien plus gênant même qu'un trouble d'ordre physique.

« Mais il ne s'agit pas d'établir une hiérarchie parmi les facteurs « capables d'entraver la restauration complète de la fonction « motrice. Nous soutenons seulement que les troubles physiopa- « thiques, quelle que soit l'idée qu'on se fasse de leur mécanisme, « doivent être pris en considération, et nous nous croyons auto- « risés à formuler la règle suivante :

« Toutes choses égales d'ailleurs, le retour à l'état normal, dans « les faits de troubles moteurs dits fonctionnels, est plus difficile « à obtenir quand ceux-ci s'accompagnent de phénomènes physio- « pathiques, que lorsque ces derniers font défaut : il est d'autant « plus tardif que les phénomènes physiopathiques sont plus « intenses ».

« Quant aux troubles paralytiques, et aux contractures si bien
« étudiées récemment par MM. Babinski et Froment, j'en ai bien
« rencontré quelques exemples, mais en trop petit nombre pour
« me faire jusqu'ici une opinion.

« Je me bornerai pour l'instant à faire quelques réserves à
« propos d'un des caractères donné par M. Babinski pour sortir
« ce type de contracture ou de paralysie, du groupe des troubles
« moteurs dits fonctionnels (c'est-à-dire du groupe A) : à savoir
« leur tenacité et leur résistance à la psychothérapie. Comme
« pour les tremblements, je ne serais pas loin de penser que de
« tels troubles traités au début, dans un milieu favorable comme
« ceux où nous observons à l'avant, devraient guérir, je dirai
« même guérissent le plus souvent comme les autres ».

MM. Tinel, André Thomas, H. Claude, Sollier également, tout en reconnaissant la parfaite exactitude des troubles du syndrome clinique décrit par MM. Babinski et Froment, se sont efforcés, tant au cours de cette séance que dans la suite, de souligner l'importance du facteur immobilisation dans la genèse de ces troubles, et le rôle de l'état psychique du sujet, dans leur fixation.

M. Jean Camus après avoir reconnu lui aussi l'existence des troubles d'ordre réflexe s'exprime ainsi :

« Mais en regard de ces faits, pour lesquels la pathogénie
« réflexe proposée par MM. Babinski et Froment est nettement
« démontrable, il y en a d'autres plus nombreux que les premiers,
« surtout dans les services de physiothérapie et pour lesquels
« l'immobilisation prolongée des membres est la seule explica-
« tion acceptable des troubles tardifs.

« L'immobilisation d'ailleurs reconnaît des causes multiples :
« un appareil plâtré trop longtemps appliqué, des plaies larges
« anfractueuses fistuleuses qui ont mis des mois à se cicatriser ;
« dans d'autres cas l'immobilisation a été le fait de la volonté du
« sujet soit d'emblée soit ce qui est plus fréquent, consécutive-
« ment à l'immobilisation apportée par un appareil ou par un
« pansement ».

Déjà en octobre 1915, dans un travail sur les contractures post-traumatiques en chirurgie de guerre, M. Duvernay, après avoir donné une excellente description de ces troubles morbides, en discute la pathogénie névropathique ou réflexe, ayant comme

point de départ une névrite ascendante, minime, imperceptible, mais qui serait l'épine recherchée, et déterminant par réflexe la contracture.

« On serait tenté, dit cet auteur, d'admettre cette hypothèse, « si l'on ne voyait ces mêmes troubles trophiques exister chez « une autre catégorie de malades sans contractures. ceux-là, « mais qui ont été dans des conditions analogues à celles où se « sont trouvés les contracturés. Je veux parler de ces blessés « des mains longtemps emmaillotées et immobilisées et gardant, « de ces pratiques qu'on ne saurait trop déplorer, l'habitude de « garder la main étendue ou fléchie au chaud dans un gant, puis « passée dans un bandeau ou l'ouverture de leur tunique. Chez « ces gens qui souvent n'ont absolument plus rien, on est étonné « de trouver une impotence totale et des troubles trophiques « analogues à ceux des mains contracturées, sans qu'aucune « lésion apparente puisse les expliquer.

« Du massage, de la mobilisation, de l'aération et de la rééducation surtout arrivent rapidement à faire disparaître l'impo- « tence, mais les troubles trophiques persistent longtemps « encore. Or, les malades aux contractures comme ceux-ci sont « généralement restés soigneusement immobilisés, et l'on peut « se demander si cette immobilisation, volontaire ou non, n'est « pas, elle, la cause des troubles trophiques constatés.

« Pour ma part, je croirais volontiers que dans les cas de « contractures pures, sans épine apparente, la névrite, s'il en « existe une, est secondaire ; elle ne serait pas la cause, mais la « conséquence de la contracture. Ma croyance en cela est for- « tifiée encore par le fait que souvent la contracture a été immé- « diate, ce qui ne s'expliquerait pas avec l'hypothèse d'une névrite « ascendante et que, dans les rares cas où j'ai pu faire faire « l'électro-diagnostic, la conductibilité a toujours paru normale ».

Et plus loin : « Les contractures récentes cèdent facilement, « mais les anciennes sont désespérément rebelles. Laissées à « elles-mêmes, elles entraînent des modifications profondes « dans les muscles qui se rétractent et dans les articulations qui « s'ankylosent ; il ne s'agit plus, au bout d'un certain temps, de « troubles purement fonctionnels, mais bien de troubles établis « avec des lésions anatomiques qui les entretiennent et les « redoublent.

« En réalité, ce stade anatomique ne devrait jamais exister ; « on devrait de très bonne heure savoir dépister les contractures, « au temps où elles sont guérissables avec un minimum de « peine. C'est surtout dans le but d'attirer sur elles l'attention « et de les faire soigner précocement qu'ont été écrites ces notes « qu'on voudra bien excuser de se présenter sans bibliographie ».

Ce travail contenait en germe toute la question des troubles réflexes, qui peu après devait prendre un tel retentissement.

M. Tinel admet l'existence d'une lésion d'ordre névritique aggravée par l'immobilisation prolongée, l'inaction musculaire et l'inertie morale.

MM. Léri et Roger pensent que, dans certains cas, le trouble moteur peut être purement fonctionnel, et attirent l'attention sur les causes d'irritation portant sur le muscle (poussière métallique) ou sur le nerf (cicatrice, suppuration).

MM. Guillain et Barré arrivent à cette idée que les acro-contractures ou acro-paralysies sont conditionnées par une *névrite irradiante* dont la réalité serait prouvée par l'exagération des réflexes et l'existence des douleurs sur la continuité du tronc nerveux, au-dessous et au-dessus de la lésion.

M. J. Ferrand, dans un travail d'ensemble intitulé « Y a-t-il des hystéro-traumatismes différents en temps de paix et en temps de guerre » arrive aux conclusions suivantes :

« Les paralysies inorganiques dues aux blessures de guerre « ne diffèrent pas des hystéro-traumatismes anciens étudiés, « décrits et classés par Charcot.

« Symptômes cliniques, étiologie, pathogénie sont identiques.

« Les unes guérissent facilement par la psychothérapie ; d'au- « tres plus tenaces nécessitent pour guérir les traitements les « plus énergiques, seuls capables de modifier la représentation « mentale que le sujet se fait de sa maladie.

« L'échec de cette thérapeutique n'implique pas une différence « dans les paralysies elles-mêmes ni dans leur cause, ni dans « leur pathogénie. Il prouve seulement notre impuissance à « guérir tous les hystéro-traumatismes.

« Considérer ces malades comme des organiques, et les trai- « ter comme tels, conduit à les faire bénéficier de mesures de « faveur, favorise la contagion de l'exemple et entraîne des con-

« séquences militaires et sociales graves dont il faut mesurer « l'importance ».

M. P. Boveri (de Milan), Chef du Service Neurologique d'Alexandrie admet que les états paralytiques dits réflexes sont en rapport avec l'inaction prolongée de l'activité musculaire sans le concours de vraies lésions des nerfs et des vaisseaux. Il pense que cette inaction extrêmement prolongée peut à elle seule fournir des troubles de la nutrition et du tissu musculaire et par conséquent des désordres dans des réactions d'excitabilité mécanique et électrique ; désordres qu'un traitement approprié améliore et même lentement fait disparaître.

M. Vallobra dans un travail récent appuyé sur des observations faites dans l'Armée Italienne, arrive également à des déductions contraires à la théorie réflexe. L'expérience lui a démontré que toutes ces formes de troubles réflexes peuvent être traitées et guéries facilement dans leur premier stade, alors que le syndrome n'est qu'à peine ébauché.

Il insiste sur l'importance de la prophylaxie réalisée par surveillance dans les services chirurgicaux qui pourrait réduire le nombre de ces troubles nerveux au rien du temps de paix.

Pour Vallobra ces troubles ne se sont certainement pas créés depuis la guerre par génération spontanée et c'est un tort de les considérer comme intermédiaires entre la forme de Volkmann et les troubles nerveux de l'hystérie.

Théorie dynamogénique. — Claude et Lhermitte (Action réflexe, immobilisation ; action dynamogénique). — MM. Claude et Lhermitte reprenant du reste pour les développer les idées émises par l'un d'eux, au cours de la séance d'avril 1916, se détachent presque complètement de la théorie réflexe de MM. Babinski et Froment. Ils ne lui accordent qu'un rôle éphémère, à l'origine d'une blessure, et mettent en presque totalité sur le compte de l'hystérie la persistance de ces troubles. Cependant ces auteurs font intervenir à un moment donné une action dynamogénique des centres nerveux pour expliquer certains signes du syndrome, comme les modifications du tonus révélées par l'anesthésie générale. D'où le nom de « théorie dynamogénique » que nous proposons de lui donner.

« Les paralysies et les contractures, disent MM. Claude et « Lhermitte, peuvent à leur début être de nature réflexe (réac- « tion antalgique ou eucinétique), la fixation du trouble moteur « ou de l'attitude vicieuse nous apparaît plutôt assurée par un « mécanisme psychique (hystérique, pithiatique ou d'habitude), « l'attitude adoptée par le malade pouvant être compliquée avec « le temps, et suivant la constitution antérieure du sujet, par une « série d'accidents secondaires (vaso-moteurs, trophiques, calo- « riques, etc.) liés eux-mêmes à l'immobilisation.

« Mais l'immobilisation chez les sujets hystériques qui peu- « vent réaliser l'oubli complet de la fonction à un degré que « l'individu normal est incapable de reproduire, n'engendre-t-elle « pas à la longue des troubles fonctionnels des centres qui pré- « sident à la motilité ou simplement au tonus des muscles ? « N'est-il pas permis de penser que dans la chaîne des neurones « qui correspond aux membres immobilisés surviendront des « modifications dynamiques qui, avec le temps, prendront un « caractère de plus en plus précis et que mettra en relief l'anes- « thésie chloroformique ou la rachi-anesthésie ? Cette concep- « tion nous paraît mériter d'être prise en considération lorsqu'on « observe, d'une part, des troubles physiopathiques chez des « sujets indemnes de toute blessure des membres et par consé- « quent chez qui le mécanisme réflexe primitif fait défaut, et « d'autre part les caractères particuliers des réflexes et du tonus « musculaire pendant l'anesthésie, que présentent certains mala- « des atteints de paralysies ou contractures hystériques banales « indépendantes de blessures des membres ».

— En résumé pour Claude et Lhermitte, « à l'origine des trou- « bles moteurs fonctionnels, l'épine organique représentée par « une blessure légère peut agir dans un certain nombre de cas « par un mécanisme réflexe. Mais plus tard l'épine organique « ayant disparu les troubles fonctionnels, s'ils sont judicieuse- « ment traités et de façon précoce, sans que le sujet oppose une « forte inertie à la thérapeutique, doivent disparaître vite, sans « complications articulaires, circulatoires, trophiques, etc.

« Dans le cas contraire, ces troubles sont fixés par un *méca- « nisme psychique* et leur persistance engendre des modifications « dynamiques des centres nerveux que démontre l'étude des phé- « nomènes moteurs, sensitifs et réflexes pendant l'anesthésie ».

En même temps qu'apparaît, dans la théorie de Claude et Lhermite l'importance des facteurs : immobilisation et psychisme, en découlent l'indication pratique et l'urgence d'un traitement psycho-physiothérapique précoce.

Théorie dyskinétique. — « Le syndrome d'immobilisation ou d'utilisation vicieuse » (Roussy, Boisseau et d'Œlsnitz). — Nous croyons pouvoir grouper sous ce titre les idées que depuis plus d'un an nous avons exposées dans la série de nos travaux. Ceux-ci ayant fait l'objet soit de critique de fond, soit d'erreurs d'interprétation de la part de plusieurs des auteurs qui nous ont discuté, nous croyons utile de résumer ici les résultats auxquels nous ont conduit nos recherches.

Dès le début du fonctionnement de notre Centre spécial des Psychonévroses de Salins, forts des idées que nous avions pu acquérir depuis deux ans, dans les centres Neurologiques de la zone des Armées, et loin d'être convaincus de la tenacité à l'égard de la psychothérapie des troubles dits « réflexes », nous avons abordé le problème du traitement des troubles fonctionnels dans leur ensemble, sans faire la distinction adoptée à ce moment par la plupart des Neurologistes.

Ecartant les hésitations d'ordre scientifique capables de diminuer notre confiance dans la psychothérapie, pénétrés d'autre part de l'exactitude de la conception générale de l'hystérie telle que l'avait élaborée avant la guerre M. Babinski, nous avons considéré *les troubles moteurs du syndrome physiopathique comme pithiatiques, les autres éléments comme des accidents secondaires de l'hystérie.*

En conséquence nous nous sommes efforcés de faire disparaître les premiers par la persuasion, sans tenir compte des seconds, comme nous aurions fait dans tout cas d'hystérie associée. Nos résultats, bons dès le début, ont confirmé notre opinion ; ils se sont maintenus dans la suite, et sans doute les devons-nous à la conviction absolue que nous avons eue d'emblée, facteur capital, en matière de psychothérapie.

Ensuite, à l'appui de nos résultats, nous avons abordé le problème pathogénique de la façon suivante :

Les divergences d'interprétation pathogénique émises par les

auteurs nous semblent provenir en grande partie, de ce fait que l'on a voulu réunir dans un même cadre un peu artificiel, des troubles qui sont de nature essentiellement différente. En effet, au lieu de confondre plus ou moins intimement entre elles les différentes manifestations morbides de ce vaste syndrome groupées sous le nom de « troubles réflexes ou physiopathiques » pour les rattacher à une cause unique, il nous paraît préférable d'en faire d'abord l'analyse pour essayer ensuite d'en saisir les liens soit entre eux, soit avec le traumatisme, et de voir s'ils ne relèvent pas plutôt de causes multiples, que d'une cause unique, et si parmi celles-ci il n'en est pas une qui soit primitive et prédominante.

En procédant ainsi on peut distinguer dans l'immense majorité des cas :

1° **Un élément principal moteur** : Contracture ou paralysie, habituellement primitif, toujours prédominant et déterminant en tant que troubles d'ordre moteur, une attitude vicieuse avec perte de l'usage ou utilisation vicieuse d'un membre ou d'un fragment de membre.

Cet élément peut être plus ou moins prononcé, mais il ne fait jamais défaut ; c'est lui qui cause la longue hospitalisation du blessé et le rend inapte à tout service militaire.

Ce trouble moteur est pithiatique.

2° **Des éléments secondaires** (circulatoires, trophiques, etc.), fréquents mais non constants, très variables dans leurs allures cliniques. Nous qualifions ces troubles de « secondaires » parce qu'ils sont plus ou moins directement (suivant le trouble considéré), la conséquence de l'accident moteur primitif. *Au contraire de ce dernier ils ne sont pas pithiatiques, mais de nature organique.*

3° **Un troisième élément** enfin d'une importance considérable, sur lequel plusieurs auteurs et nous-mêmes récemment encore avons attiré l'attention et qui joue un rôle capital dans l'évolution des accidents. Nous voulons parler de *l'élément mental*, de *l'état psychique* très particulier de cette catégorie de blessés.

Il s'agit là si l'on veut d'associations hystéro-organiques ainsi que va nous permettre de le comprendre l'étude détaillée de chacun de ces troubles.

I. — **Nature du trouble moteur.** — Il est pithiatique et répond par ses caractères cliniques à la définition de M. Babinski. En effet :

1° *Il peut être reproduit par la simple volonté du sujet.* Cela nous paraît indubitable pour la presque généralité des cas.

Dans certains faits exceptionnels où l'attitude observée semble dépasser ce qui peut être volontairement imité, on peut expliquer les difformités suivant les cas, soit par un entraînement progressif, arrivant à exagérer une difformité tout d'abord non excessive (hyperflexion ou hyperextension de la main ou des doigts, hypertorsion du pied)[1], soit par des prédispositions individuelles musculo-tendineuses constitutionnelles ou acquises (hypotonicité élective de certains groupes musculaires, laxité articulaire, etc.).

Il n'est pas sans intérêt d'examiner le côté sain des malades présentant des attitudes qui ne semblent pas de prime abord reproductibles par la volonté. On constatera le plus souvent que l'on peut reproduire de ce côté l'attitude du côté malade, grâce à une laxité articulaire ou à toute autre prédisposition anatomique, alors que cela sera impossible chez tel autre sujet. Nous verrons plus loin que l'examen du côté sain des physiopathes n'est pas intéressant à ce titre seulement mais encore à d'autres points de

---

(1) Un de nos malades présentait une main contracturée en flexion sur l'avant-bras avec hyperextension si marquée des trois derniers doigts que cette attitude était impossible à reproduire par la volonté. Troubles circulatoires, troubles caloriques, raideurs articulaires très prononcée et très douloureuse, troubles trophiques cutanés, complétaient ce tableau clinique. Bien que le malade présentât une souplesse particulièrement grande des doigts du côté sain, il ne pouvait reproduire volontairement de ce côté l'attitude de la main malade. Or, ce sujet tenait d'une façon presque continue les trois derniers doigts avec sa main saine, exagérant avec celle-ci l'hyperextension sous le prétexte qu'il soulageait ainsi ses douleurs. Assis, il appuyait fortement la face palmaire de la troisième phalange de ses trois doigts sur la cuisse, l'index fléchi et le pouce restant dans le vide. N'est-il pas compréhensible que cette habitude qui datait de dix mois a pu par sa durée, entraîner des modifications permettant une attitude non reproductible primitivement par la volonté.

Un autre de nos malades avait une telle hyperextension du pouce que ce doigt était complètement subluxé en arrière; il était en outre atrophié et présentait des troubles trophiques très mar-

vue, en particulier au point de vue circulatoire (voir nature des troubles vaso-moteurs).

Cette sorte de prédisposition aux attitudes vicieuses n'est pas toujours bilatérale, il est vrai. Elle peut être unilatérale. Voici quelques exemples : On sait que certains sujets peuvent reproduire à volonté une hanche à ressortavec claquement du fascia lata ; ne fait pas cela qui veut, et même chez ceux qui peuvent le faire, cela n'est très souvent possible que d'un côté.

De même l'attitude des doigts dits en bec de corbin (hyperextension de la deuxième phalange sur la première, et flexion de la troisième sur la seconde) peut être rarement reproduite par des sujets normaux. Elle peut l'être cependant et nous en possédons de très beaux exemples soit uni, soit bilatéraux. Nous avons retrouvé exceptionnellement d'ailleurs cette attitude dans les mains figées. Un de nos sujets, dont la main avait cette attitude très marquée et présentait presque au complet tout le syndrome physiopathique, pouvait après guérison remettre volontairement ses doigts avec la plus grande facilité en bec de corbin. Il pouvait le faire avant d'avoir été blessé et ne pouvait, autrefois comme actuellement, prendre cette attitude que d'un seul côté.

Ceci est comparable à cette subluxation du pouce que certains sujets peuvent faire volontairement très intense mettant presque leur pouce en Z, alors que cela est impossible à la plupart des gens.

En somme c'est la prédisposition qui, poussée au maximum, permet à certains sujets de devenir, après entraînement, des acrobates.

2° *Il est susceptible de disparaître brusquement par la persuasion.*

---

qués. Les autres doigts étaient immobilisés en flexion. Cette attitude n'aurait certes pu être reproduite volontairement par le sujet lui-même. Nous avons appris que ce soldat maintenait son pouce dans cette attitude à l'aide d'un doigt de gant muni de deux cordons au moyen desquels il exerçait une traction qui prenait point d'appui sur le poignet.

Si parfois les moyens employés pour exagérer une attitude vicieuse (au point de la rendre irreproductible par la volonté du sujet lui-même) ont un but condamnable (simulation ou plutôt mutilation volontaire), bien plus souvent ils sont destinés dans l'esprit des malades à soulager leurs douleurs. Nous pourrions donner bien d'autres exemples comparables aux précédents.

On pourrait faire à cette seconde assertion des objections auxquelles nous croyons pouvoir répondre. Pour la clarté de l'exposition nous prendrons comme type des accidents les mains figées et les pieds bots qui constituent les troubles réflexes les plus fréquemment observés et aussi ceux qui ont été considérés par beaucoup comme les plus rebelles au traitement psychothérapique.

a) *On pourrait alléguer que ces affections résistent habituellement à la psychothérapie.*

Les faits que nous avons observés concernant les mains figées et les pieds bots nous paraissent prouver indubitablement qu'il n'en est pas ainsi. Cette apparente résistance à la psychothérapie est, à notre avis, très explicable.

En hystérie de guerre, nombreuses sont les influences fâcheuses qui viennent entraver l'efficacité du traitement psychique. Parmi elles doivent être placées en toute première ligne l'influence du milieu et l'opinion qu'a le psychothérapeute sur la curabilité ou l'incurabilité de telle ou telle affection. Bien que nous en ayions déjà parlé ailleurs, il nous paraît utile d'y insister encore ici.

La guerre donne lieu très fréquemment à des manifestations relativement rares chez l'homme avant elle (crises, surdi-mutité, astasie-abasie, etc.). Elle les a rendues souvent rebelles à la psychothérapie, dans certains milieux tout au moins. Et cependant, la connaissance approfondie que l'on avait de ces accidents n'a pas permis de douter de leur nature, malgré leur résistance apparemment plus grande qu'en temps de paix au traitement psychique. Les cas rebelles n'en ont pas moins été considérés comme relevant de l'hystérie, et cela est logique.

Peut-être n'en a-t-il pas été de même pour les manifestations que la guerre a pour ainsi dire créées.

Certains auteurs n'ont-ils pas cru, au début de la guerre, à la nature organique de la plupart des plicatures. Les cas de guérison publiés, l'absence compréhensible de troubles secondaires ont évité la prolongation de cette erreur et ont permis de ranger les plicatures parmi les manifestations pithiatiques. Cette opinion a eu l'heureuse conséquence de pousser la plupart des médecins à les traiter comme telles.

L'opinion que l'on s'est faite des troubles moteurs dits réflexes, en particulier des mains figées et des pieds bots, n'a malheureusement pas subi si rapidement cette évolution. La coexistence fréquente d'accidents secondaires (véritablement organiques) a fait douter de la nature pithiatique du trouble moteur. Beaucoup d'auteurs, convaincus de son organicité l'ont traité comme tel. D'au-

tres ont renoncé à la psychothérapie après avoir eu quelques échecs. La contamination de malades à malades aidant, l'idée d'incurabilité de ces accidents s'est peu à peu installée, créant même parfois une véritable pathoculture.

Tout cela permet de concevoir comment et pourquoi le trouble moteur des accidents réflexes, a été considéré, à tort comme rebelle à la psychothérapie.

b) *Tous les troubles moteurs dits réflexes et en particulier les mains figées, les pieds bots, ne guériissent pas brusquement par persuasion.*

Peut-être pourrait-on au premier abord en déduire qu'en ceci le trouble moteur n'est pas pithiatique. Mais aux termes mêmes de la définition de l'accident pithiatique, il suffit qu'il soit *susceptible* de guérir brusquement. Il suffit donc d'avoir *parfois* constaté cette éventualité dans les troubles que nous étudions ici — et nous l'avons très souvent vue — pour admettre que le trouble moteur est bien pithiatique. D'ailleurs, pour que la psychothérapie guérisse presque immanquablement les troubles pithiatiques, il faut qu'elle ne soit point contre-balancée par une influence opposée (contre-psychothérapie exercée par le malade lui-même ou par son entourage : famille, camarades, personnel hospitalier, voire même médecin). Or, nous savons tous combien est fréquente cette contre-psychothérapie. Ceci explique d'ailleurs pourquoi les manifestations pithiatiques les plus évidentes, les moins discutées, ne guérissent pas toujours brusquement et même ne guérissent pas, tant que persistent ces influences contraires.

c) *On considère que la guérison est incomplète en raison d'une méiopragie restante.*

« Sous l'influence de la perturbation du système nerveux, disent « MM. Babinski et Froment, en particulier du système sympatique, « perturbation qui est la conséquence du traumatisme, et aussi « sans doute pour une part, mais d'une manière secondaire, sous « l'influence de l'immobilisation à laquelle ce traumatisme con- « damne le membre qui a été frappé, se développent les troubles « circulatoires, l'hypothermie que nous avons décrit. Ces troubles « engendrent à leur tour un affaiblissement plus ou moins « marqué de la motricité lié peut-être à une sorte de stupeur des « cellules des cornes antérieures de la moelle suivant l'hypo- « thèse de Charcot. Pour expliquer tous ces phénomènes il n'est « pas besoin de faire intervenir la perturbation mentale. Si le « malade est doué d'énergie il cherchera à lutter, en faisant de

« grands efforts contre les troubles qui se sont ainsi développés ;
« il tâchera de faire fonctionner ses muscles engourdis, malgré
« les malaises, la fatigue qu'il ressentira et, d'une façon indirecte,
« sa volonté pourra exercer une certaine action sur les désordres
« physiopathiques dont il est atteint. Dans le cas contraire il s'abs-

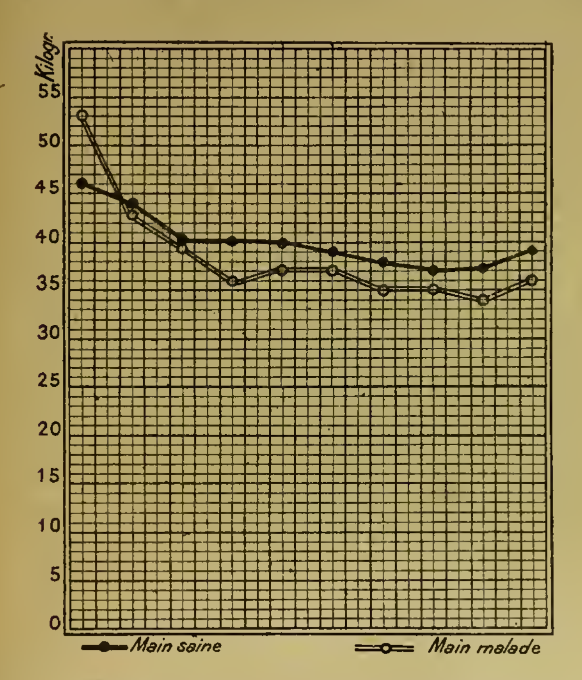


Figure 1. — *Main figée droite* datant de 8 mois et demi.
Épreuve dynamométrique par pressions successives (à 1/4 de minute d'intervalle) 76 jours après la séance de traitement. On peut constater qu'à de petites variations près la force musculaire des deux mains reste sensiblement égale.

« tiendra de tout effort et si la suggestion intervient, des troubles
« psychiques, pithiatiques se grefferont sur les précédents et pour-
« ront même alors prendre une place très prépondérante. On
« accuse parfois ces malades d'aboulie ; si ce reproche est fondé
« dans quelques cas, dans d'autres il est injustifié, car une grande

« volonté, une véritable hyperboulie est quelquefois nécessaire à « ces sujets pour réagir avec succès ».

L'étude prolongée d'un grand nombre de sujets atteints de troubles parétiques ou paralytiques des membres, notamment de main figée, nous a conduits à envisager différemment que ces auteurs la génèse et la nature de cette méiopragie.

De la série des cas de mains figées que nous avons observées il nous a paru que ceux-ci pouvaient être divisés en deux groupes.

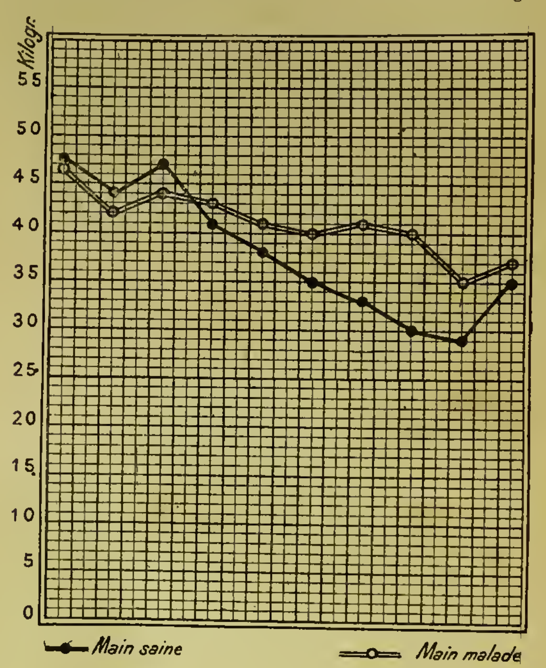


Figure 2. — *Main figée droite* avec troubles caloriques et vaso-moteurs.

Epreuve dynamométrique par pressions successives (à 1/4 de minute d'intervalle) deux mois après la séance de traitement. A noter que la main malade (droite) a atteint et par moments dépassé la force de la main saine (gauche).

Le premier, de beaucoup le moins nombreux, comprend ceux

dans lesquels la persistance, après le décrochage du trouble moteur, d'une diminution de la force musculaire, relève d'un *état anatomique* : atrophie musculaire, raideur et douleurs articulaires (fig. 6) ou encore, plus rarement, hypothermie. Et encore, ici, l'hypothermie nous a toujours semblé constituer la part la moins importante de la méiopragie totale, parce que :

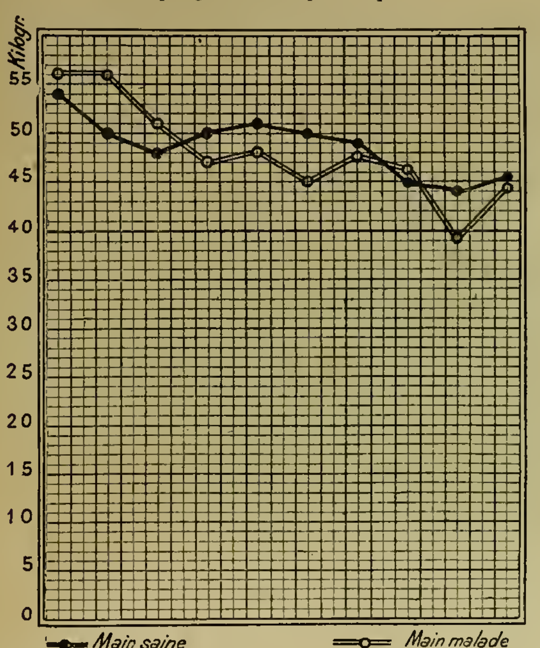


Figure 3. — *Main figée droite* datant de 10 mois avec troubles caloriques et vaso-moteurs.

Epreuve dynamometrique par pressions successives (à 1/4 de minute d'intervalle) 60 jours après la séance de traitement. A quelques variations près il y a égalité des forces musculaires.

1° — La méiopragie est souvent intense dans des cas où n'existe pas d'abaissement de la température ;

2° — Elle persiste, même après réchauffement prolongé du membre atteint.

Le second groupe comprend la grande majorité de nos cas, ceux

dans lesquels nous disons que la méïopragie est *non pas d'ordre physique,* mais bien pour la plus grande part *d'ordre psychique.*

En effet, parfois nous l'avons vue manquer totalement chez des malades à bonne mentalité, faisant preuve de bonne volonté — au cours du décrochage du trouble moteur — et chez lesquels cependant il existait de gros troubles vasculaires.

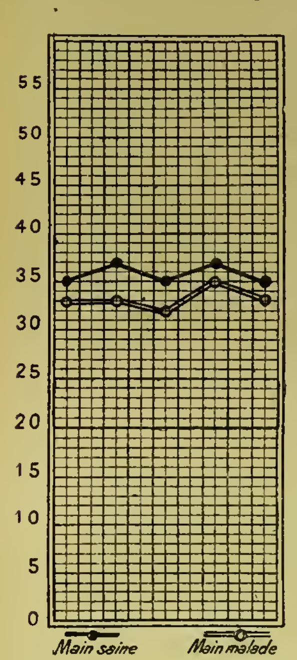


Figure 4. — *Main figée droite* avec troubles caloriques et vaso-moteurs très prononcés datant de 6 mois. Epreuve dynamométrique comparative (45 jours après le traitement. Il y a parallélisme et presqu'égalité des forces musculaires.

D'autre part, cette méïopragie ne nous a pas paru propre à la catégorie des « physiopathes » car nous l'avons observée tout aussi souvent, au moins dans la pathologie de guerre, chez les pithiatiques purs (paralysie radiale, monoplégie, hémiplégie, paraplégie, etc.).

Chez les uns comme chez les autres, elle est variable avec les sujets et particulièrement, comme nous avons l'habitude de le dire, avec leur bonne ou leur mauvaise mentalité.

Les séries de documents dynamométriques que nous avons recueillis nous a montré la variabilité de la meïopragie suivant les conditions psychiques dans lesquelles se trouve le malade, suivant les influences morales bonnes ou mauvaises qui l'animent ou qu'il subit. Nous en rapportons deux exemples (fig. 8 et 9).

Si certaines raisons, tel que le désir de guérir, d'obtenir une permission, font bien vite disparaître une impotence fonctionnelle, qu'une longue inactivité explique aisément au début — mais dont rien ne justifie la persistance — nombreuses, au contraire, sont les causes morales ou psychiques qui fixent plus ou moins indéfiniment cette inaptitude fonctionnelle.

En un mot, nous croyons devoir souligner l'importance du facteur psychique dans la genèse et la fixation du trouble moteur dit « meiopragie » au même titre que

ce facteur psychique réagit et fixe un trouble moteur plus important, comme une contracture, une paralysie ou une simple parésie.

Aussi nous croyons-nous autorisés à affirmer l'importance et la prépondérance fréquente d'une *meiopragie psychique.*

d) *On considère que la coexistence habituelle des troubles physiopa- thiques separe les troubles dits réflexes des accidents pithiatiques.*

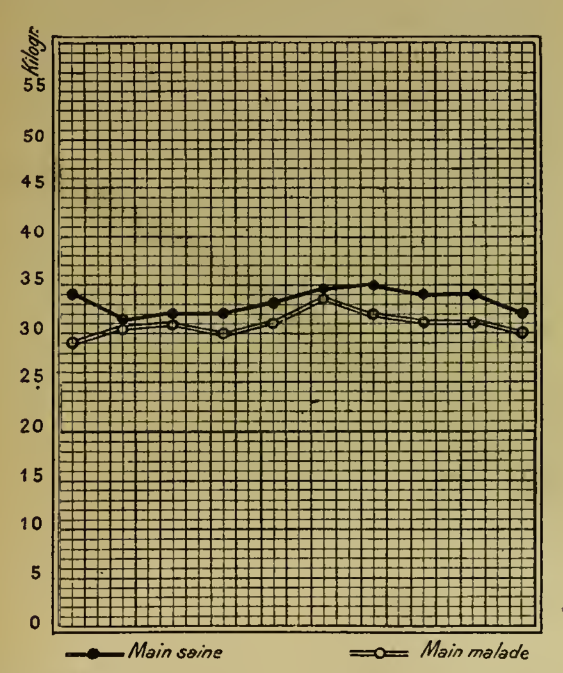


Figure 5. — *Main figée droite* avec troubles caloriques et vaso-moteurs datant de 5 mois et demi.
Epreuve dynamométrique par pressions successives (à 1/4 de minute d'intervalle) 43 jours après la séance de traitement. Les forces musculaires des deux mains restent sensiblement égales au cours de l'épreuve.

Il semble en effet que ces troubles secondaires soient beaucoup plus fréquents depuis la guerre et que leur adjonction habituelle aux troubles moteurs, tende à créer des types nosologiques nou-

veaux et spéciaux. Mais il faut remarquer que du fait même de la guerre, les troubles pithiatiques sont infiniment plus nombreux, que, réunis, canalisés dans des services bien spécialisés, ils s'imposent sous leurs modalités variables à l'attention des Neurologistes et que telle forme évolutive qui était auparavant exceptionnel-

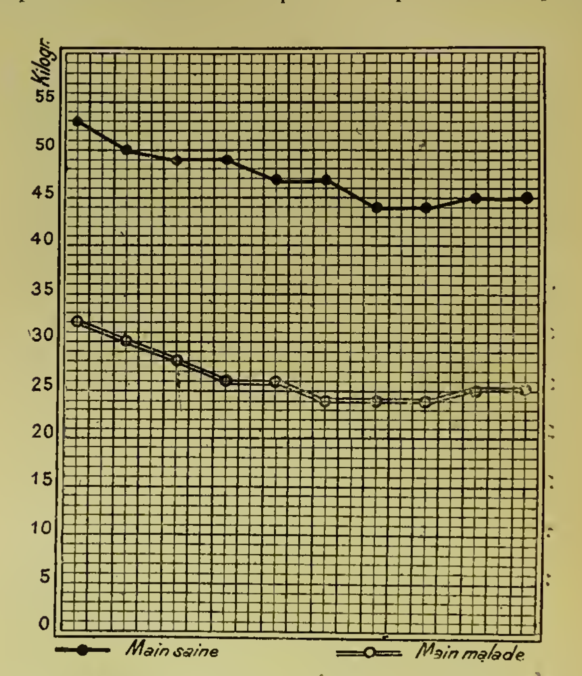


Figure 6. — *Main figée gauche* avec troubles articulaires datant de 29 mois. Epreuve dynamométrique par pressions successives (à 1/4 de minute d'intervalle) 68 jours après la séance de traitement.
On note une diminution notable de la force musculaire du côté malade en rapport surtout avec les troubles articulaires, mais cependant un parallélisme des deux courbes indiquant que les muscles du côté atteint ne s'épuisent pas plus vite par l'effort.

lement observée et peu étudiée, a été aujourd'hui au contraire soigneusement analysée.

L'attention ayant été attirée sur ces troubles, on les a recherchés systématiquement ce qui n'a pas peu contribué à rendre leur

constatation très fréquente, comme il est de règle pour toute affection nouvellement décrite.

Quand jadis on « cultivait » l'hystérie, ne voyait-on pas dans les cas d'accidents anciens, des troubles vaso-moteurs, des atrophies, des adhérences, des rétractions tendineuses ? On avait le tort à

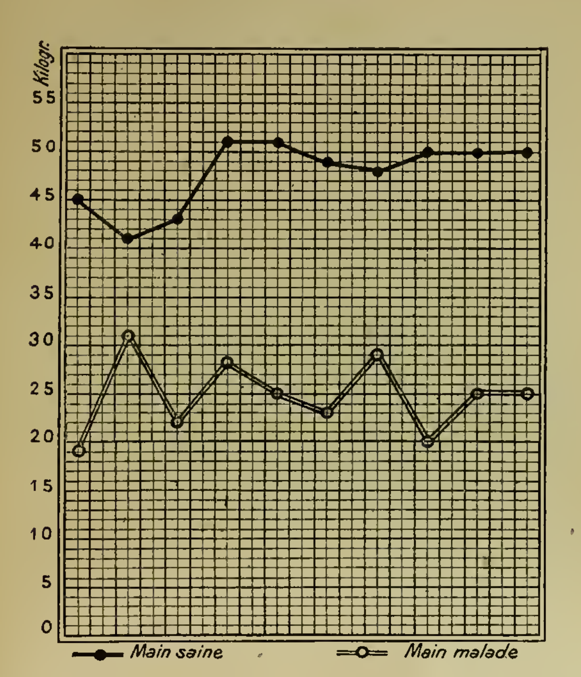


Figure 7. — *Hémiplégie pithiatique* datant de 35 mois. Guérison soudaine.
Récupération motrice totale pour l'amplitude des mouvements.
Epreuve dynamométrique (6 jours après le traitement) par pressions successives à 1/4 de minute d'intervalle Pour comparaison de la force musculaire avec le côte sain.
A noter que, malgré la soudaineté de la récupération motrice, il existe les premiers jours une méiopragie très marquée.

cette époque de les considérer comme étant de nature hystérique. Ce n'était si l'on veut, que des complications organiques dues, comme nous le verrons plus loin, soit à une prédisposition spéciale

(troubles vasculaires), soit à des perturbations résultant du trouble moteur (immobilisation) ou de l'agent causal (infection), etc.

Si depuis les travaux de M. Babinski, on ne voyait plus ces troubles secondaires, c'est que, outre que l'hystérie était plus rare, on ne cultivait plus les accidents hystériques, on ne laissait plus ainsi aux troubles secondaires le temps de s'installer.

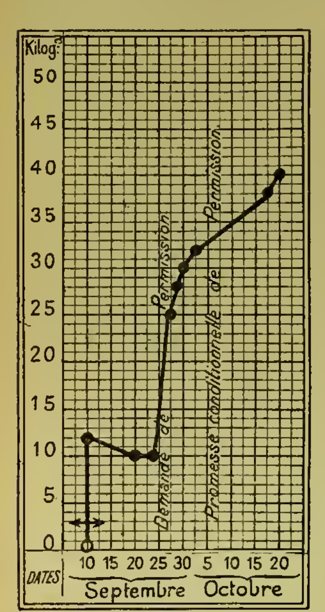


Fig. 8. — *Main figée gauche* datant de 13 mois et demi.
Troubles caloriques et vasomoteurs.
Variations de la progression dynamométrique après traitement sous l'influence de divers facteurs psychiques.

La multiplication des accidents hystériques, la plus grande fréquence des causes prédisposantes aux troubles secondaires (modifications circulatoires dues à la vie en campagne, infection des plaies, etc.), l'idée de la résistance à la psychothérapie de cette catégorie d'accidents moteurs qui a permis dans certains milieux une contagion, une véritable culture de ces troubles, tout comme jadis pour les hystériques, expliquent la fréquence des cas observés actuellement, leur rareté et même leur méconnaissance avant la guerre.

II. — **Nature des troubles de la sensibilité.** — On a noté dans les troubles dits réflexes, la présence de troubles de la sensibilité : anesthésie et hyperesthésie.

Nous ne partageons pas l'avis de M. Sicard lorsqu'il dit que certaines de ces anesthésies intenses, superficielles et profondes, sont bien réelles, indépendantes de la volonté, et qu'il s'agit là de phénomènes possédant une autonomie vraie qui bénéficieraient de la pathogénie réflexe.

Pour nous toutes ces anesthésies, quelque intenses qu'elles soient, sont de nature hystérique. La sensibilité à la douleur est affaire de volonté, essentiellement variable suivant les sujets. Si, dans la très grande majorité des cas, l'anesthésie ne résiste guère

à une application de pinceau faradique (bobine à fil fin poussée à fond), nous avons vu plusieurs fois des sujets qui après avoir résisté pendant 1/4 d'heure, voire même 1/2 heure à une telle faradisation, sans interruption, finissaient par céder quand ils se rendaient compte que notre tenacité serait plus grande que la leur, et accuser dès lors la moindre sensation de contact d'un pinceau d'ouate, tout comme dans les anesthésies pithiatiques les plus caractérisées.

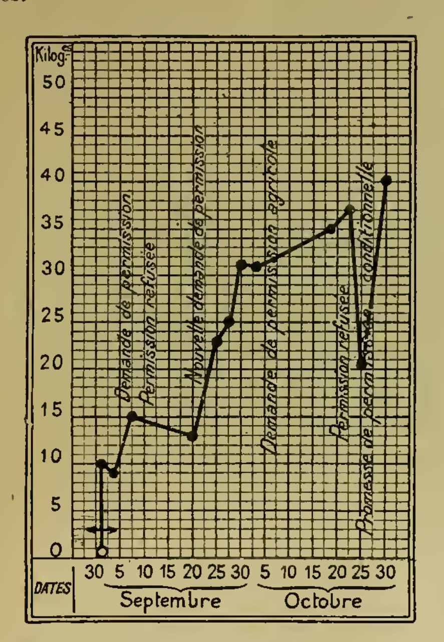


Figure 9. — *Main figée gauche* datant de 10 mois.
Troubles caloriques et vaso-moteurs. -- Variations de la progression dynamométrique, après traitement, sous l'influence de divers facteurs psychiques.

Peut-être pourrait-on s'étonner de rencontrer une volonté semblable chez de tels malades ! Mais ne faut-il pas à beaucoup d'entre eux une volonté peu commune (bien mal orientée il est vrai) pour persister pendant des années à se priver de l'usage d'un membre !

Quand on admettait jadis l'existence des gangrènes hystériques,

ne voyait-on pas certaines malades se faire des ulcérations parfois étendues, certainement douloureuses, et ne les supportaient-elles pas sans aucune apparence de souffrance? Le pathomime de Dieulafoy n'a-t-il pas démontré enfin jusqu'où peut aller la volonté de certains sujets !

Quant aux interventions chirurgicales faites sans anesthésiques, certains hystériques, bien décidés à *jouer leur rôle* jusqu'au bout, sont capables de les supporter sans manifestations douloureuses apparentes. Autrefois, avant l'emploi des anesthésiques, certains malades ne supportaient-ils pas, sans broncher, des interventions pourtant très pénibles?

Certaines *hyperesthésies* relèvent sans aucun doute de la même origine. Mais beaucoup d'entre elles sont dues aux raideurs articulaires, en particulier aux raideurs des articulations phalangiennes. Elles disparaissent d'ailleurs quand le traitement a fait disparaître celles-ci.

Nous éliminons, bien entendu, les hyperesthésies dues à une lésion nerveuse (celles des causalgies en particulier qui ne rentrent pas dans les troubles dits réflexes), ou à une lésion vasculaire provoquée par le froid. Si dans beaucoup de cas de gelure ancienne, les douleurs accusées par les malades peuvent être comparées à celles des sciatiques de prolongation (purement psychiques par conséquent), il est bien certain que dans d'autres les sensations de fourmillements sont bien réelles. Elles relèvent d'ailleurs de lésions organiques et leur existence se conçoit fort bien.

III. — **Nature des troubles vaso-moteurs, thermiques et secrétoires.** — Ces troubles parfois précoces, souvent tardifs, s'observent fréquemment, mais non toujours, au niveau des extrémités paralysées ou contracturées. A leur sujet doivent se poser les problèmes actuellement en discussion. Reconnaissent-ils une origine organique (lésion du système vasculo-sympathique), physiopathique (troubles réflexes par la voie sympathique en rapport avec la lésion initiale, Babinski et Froment), ou bien, toujours d'ordre sympathique dans leur mécanisme, sont-ils directement sous la dépendance des troubles moteurs psychonévropathiques et relèvent-ils de l'immobilisation par eux créée?

Contre la théorie réflexe de MM. Babinski et Froment on peut avancer les faits suivants :

1° Toujours ou presque toujours les troubles de régulation vasomotrice et thermique sont repoussés ou prédominent à la périphérie des membres, aux mains et aux pieds notamment, quel que soit le siège de la blessure ;

2° Toutes les lésions périphériques des membres, blessure comme amputation des doigts, ne s'accompagnent pas de troubles dits physiopathiques ;

3° Les troubles vaso-moteurs peuvent s'observer, parfois même très prononcés, dans les paralysies ou les contractures sans blessure extérieure, dans les paralysies purement pithiatiques ;

4° Enfin les troubles de perturbation de la régulation vaso-motrice et thermique sont loin d'appartenir en propre aux contractures et aux paralysies dites réflexes. On sait, en effet, combien ils sont fréquents et particulièrement intenses dans les lésions des nerfs périphériques avec ou sans participation de lésions vasculaires (H. Meige, Mme Bénisty et Mlle Lévy).

En faveur de la théorie de l'immobilisation ou mieux de l'utilisation vicieuse d'un membre ou d'un fragment de membre, existe un argument important, à notre avis, et à propos duquel nous possédons un certain nombre de faits indubitables : la modification considérable et même dans quelques cas la disparition complète de tous les troubles vaso moteurs, thermiques et secrétoires avec le retour de la motilité physiologique.

Si ces faits plaident nettement en faveur des rapports des troubles physiopathiques avec l'immobilisation ou l'utilisation vicieuse prolongée, il est évident que d'autres semblent parler au contraire contre la théorie de l'immobilisation : le début parfois précoce, — quelques auteurs disent même simultané — des troubles vaso-moteurs et de la paralysie ou de la contracture ; le fait aussi que les troubles de la régulation thermique ne sont pas constants, chez tous les immobilisés des membres.

Il nous semble donc que si l'immobilisation paraît être un facteur nécessaire des troubles que nous étudions ici, elle ne semble pas à elle seule toujours suffisante pour en provoquer l'apparition.

D'autre part, on est frappé à l'observation des faits cliniques que nous étudions et particulièrement des mains figées, de l'importance habituelle des troubles circulatoires. MM. Babinski et Heitz ont bien souligné leur allure clinique et leurs caractéristiques. Ils ont montré que l'on pouvait différencier par l'épreuve du bain chaud les vaso-constrictions d'origine artérielle et celles propres aux troubles réflexes, ces dernières seulement s'associant à l'ensemble des troubles de la série physiopathique.

En définitive, pour l'élément que nous étudions ici, le trouble primitif prépondérant nous semble être quelle que soit son origine, caractérisé par une vaso-constriction, par un spasme vasculaire périphérique.

Cette vaso-constriction à elle seule, ne peut réaliser l'ensemble des troubles spéciaux que nous avons en vue.

Comme l'immobilisation, la vaso-constriction semble un élément nécessaire, mais non suffisant à la constitution du syndrome.

Immobilisation et vaso-constriction, voici donc deux éléments qui, insuffisants séparément, paraissent jouer un rôle de nécessité associée dans l'évolution des troubles dits réflexes

Mais quels sont leurs rapports réciproques, leur filiation, leur priorité ?

Sont-ils dépendants l'un de l'autre, les troubles circulatoires étant conditionnés par l'immobilisation comme le veulent plusieurs auteurs ?

Ou bien indépendants quant à leur origine, évoluent-ils parallèlement et ajoutent-ils leurs effets particuliers, s'influençant ensuite et même se modifiant réciproquement, pour réaliser l'ensemble symptomatique que nous observons ?

C'est à cette dernière conception que nous tendons à nous rattacher depuis que nous avons étudié l'évolution des manifestations circulatoires dans les troubles dits physiopathiques localisés à l'extrémité des membres.

Résultats de nos recherches oscillométriques. — A l'exemple de MM. Babinski, Froment et Heitz, nous avons fait des recherches oscillométriques dans la série des troubles vaso-moteurs.

Nous voulons retenir ici et résumer nos premiers résultats concernant les acro-contractures et acro-paralysies des membres supérieurs et inférieurs.

Nos premières recherches oscillométriques (pratiquées à l'aide de l'oscillomètre de Pachon) comportent 600 examens répartis sur 223 cas [1].

Nous avons pratiqué 280 examens répartis sur 100 cas de mains figées et 55 examens répartis sur 27 cas de pieds bots, tous présentant à des degrés divers des troubles physiopathiques.

A titre comparatif, nous avons dans des conditions analogues

---

(1) Depuis notre communication à la Société médicale des Hôpitaux (nov. 1917), nous avons poursuivi ces investigations. Les résultats ultérieurs, en partie rapportés aux documents qui suivent ce chapitre, sont complètement confirmatifs de nos premières conclusions et même les accentuent fortement.

fait 322 examens oscillométriques répartis sur 96 cas comprenant d'autres troubles physiopathiques, des accidents pithiatiques purs et enfin des sujets normaux.

Ne pouvant donner ici le détail des chiffres trouvés nous nous bornerons à en calculer et à en rapporter les moyennes.

Les moyennes des chiffres[1] de l'amplitude oscillatoire maxima obtenus au niveau des artères radiales ont été les suivantes :

Radiales de sujets atteints de mains figées (côté malade)	1,3
Radiales de sujets atteints de main figée (côté sain)	1,9
Radiales de sujets normaux	3,7

D'autre part les moyennes des chiffres obtenus au niveau des artères tibiales ont été les suivantes :

Tibiales de sujets atteints de pied bot (côté malade)	3,3
Tibiales de sujets atteints de pied bot (côté sain)	4,3
Tibiales de sujets normaux	6,5

Nous avons donc une fois de plus vérifié la loi établie par MM. Babinski, Froment et Heitz : les oscillations artérielles sont toujours diminuées du côté malade par rapport au côté sain. Comme ces auteurs, nous avons constaté que la disproportion est d'autant plus marquée que les troubles vaso-moteurs sont plus intenses ; comme eux aussi nous avons trouvé que le réchauffement du membre tend à égaliser les amplitudes oscillatoires (épreuve du bain chaud de Babinski et Heitz).

Mais de plus nous avons fait personnellement deux constatations sur lesquelles à notre connaissance, l'attention n'a pas encore été attirée.

La première ressort des chiffres, dont nous rapportons les moyennes : S'il y a microsphygmie du côté malade, par rapport au côté sain, il y a également microsphygmie du côté sain par rapport aux sujets normaux[2]. Il y a donc, croyons-nous, dans les

---

(1) Les chiffres représentent des 1/2 divisions de l'oscillomètre de Pachon.

(2) Il est important de ne pas préjuger de l'état de la vaso-motricité du côté sain, par rapport aux sujets normaux par un seul examen, ou par des examens n'écartant pas les causes d'erreur nombreuses en pareils cas. En effet les acro-cyanotiques sont des déréglés vaso-moteurs. On observe chez eux, plus encore que chez les sujets normaux d'importantes variations oscillatoires dans

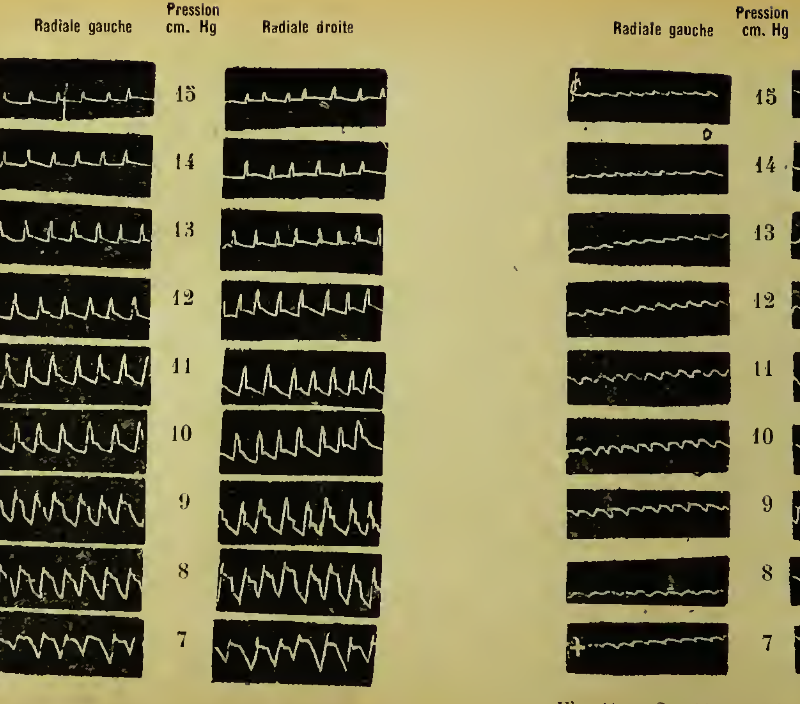


Fig. 10. — Graphiques oscillométriques (radiales) d'un sujet normal enregistrés avec un appareil type Strohl. A noter l'amplitude des oscillations.

Fig. 11. — Graphiques oscillométriques (radiales) enregistrés avec le même appareil d'un sujet atteint de main figée gauche. A remarquer la faible amplitude des oscillations dénotant la microsphygmie bilatérale, microsphygmie cependant nettement plus marquée à gauche, côté de la

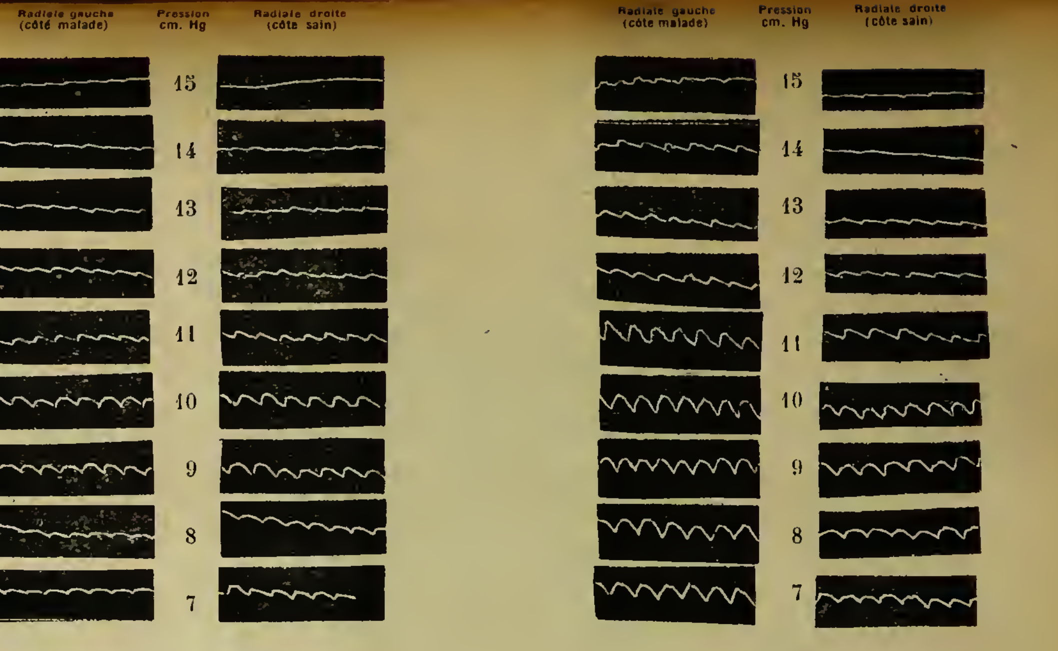


Fig 12. — Avant traitement.

Fig 13. — Après traitement.

Epreuves oscillographiques de décrochage prises avec l'appareil d'Erlanger, chez un sujet atteint de main figée gauche avec troubles vaso-moteurs, datant de 36 mois. Décrochage soudain et complet.

A noter : 1° Avant traitement (fig 12), la microsphygmie bilatérale plus marquée du côté gauche, malade.
2° Après la première séance de traitement (fig 13), l'augmentation unilatérale (surtout marquée en 10 et 9) des oscillations.
3° Les oscillations du côté malade, plus faibles que celles du côté sain avant traitement (fig. 12), sont devenues au contraire plus amples après le décrochage (fig. 13).

acrocontractures et acroparalysies, accompagnées de troubles physiopathiques une microsphygmie inégale, mais cependant bilatérale.

Cette microsphygmie bilatérale varie inégalement pour le côté observé suivant différents facteurs :

Le réchauffement (bain chaud ou temps chaud) la corrige beaucoup plus du côté malade que du côté sain équilibrant et même parfois renversant la formule primitive. Nos constatations ici sont en tous points semblables à celles que les premiers ont faites MM. Babinski et Heitz.

Le refroidissement (bain froid ou temps froid) en accuse le degré des deux côtés.

Voici les moyennes de 30 épreuves de réfrigération chez des sujets atteints de *mains figées* (par bain de 5 minutes à 8° en été) :

Mains figées avant réfrigération . .	1,1
Mains figées après réfrigération . . .	0,7
Mains saines avant réfrigération . . .	1,8
Mains saines après réfrigération .	1

Voici les moyennes de 20 épreuves de réfrigération chez des sujets atteints de *pieds bots* (par bain de 5 minutes à 8° en été).

Pieds bots avant réfrigération	4
Pieds bots après réfrigération .	3
Pieds sains avant réfrigération .	5,7
Pieds sains après réfrigération . .	4,1

Le côté sain semble donc, quant à la régulation vasomotrice vis à-vis du refroidissement, participer des mêmes tendances que le côté malade.

Nous avons constaté l'existence de la microsphygmie bilatérale à des degrés divers, dans la grande majorité des cas que nous avons examinés. Elle est souvent accusée objectivement par une acrocyanose bilatérale (1). Elle nous a paru très fréquente dans les main-

---

le courant d'une même journée sous l'influence de la température ambiante, des exercices musculaires, de la position debout ou couchée, des périodes digestives. Il faut donc pour qu'ils aient quelque valeur que les examens comparativement pratiqués soient faits dans des conditions toujours analogues et particulièrement dans une position identique, à jeun et après repos.

(1) MM. Babinski et Froment avaient signalé la possibilité de constater cette acrocyanose bilatérale quand ils disaient dans leur livre : « Quelquefois même l'autre bras présente quelques troubles vaso-moteurs et sudoraux ».

figées ; mais elle peut n'être révélée que par temps froid et disparaître au contraire par le réchauffement de la température ambiante, alors que l'oscillométrie révèle encore une microsphygmie relative.

La deuxième constatation est la suivante :

Quand le trouble moteur guérit brusquement, dès la première séance de traitement, nous avons observé que sous l'influence des mouvements actifs soudainement récupérés, les oscillations artérielles augmentent du côté malade au point d'atteindre et même de dépasser celles du côté sain. Il y a là une véritable *épreuve de la mobilisation active*, ou *épreuve de décrochage* dont les résultats (observés encore après les séances d'exercices actifs imposés aux malades) sont en tous points analogues à ceux de l'épreuve du bain chaud de MM. Babinski et Heitz. Mais ce n'est là qu'une modification vasculaire transitoire. Les modifications définitives sont plus tardives, elles suivent la régression des troubles vaso-moteurs, et comme telles, dépendent de la récupération physiologiquement normale des fonctions motrices de l'extrémité atteinte.

Influence de la récupération motrice sur l'évolution des troubles secondaires, caloriques et vaso-moteurs. — Nous avons à cet égard procédé à deux séries de recherches dont les détails seront trouvés aux documents qui suivent ce chapitre (p. 164).

1° Nous avons mesuré comparativement les plus hautes amplitudes oscillatoires artérielles avant et après la séance de décrochage, puis dans la suite au cours des séances de mobilisation active. C'est là l'épreuve de la mobilisation active dont nous avons parlé plus haut.

Les moyennes des chiffres oscillométriques observées avant et après la séance de décrochage dans une vingtaine de mains figées prises au hasard ont été les suivantes :

	Côté sain	Côté malade
	—	—
Avant traitement	2	1,4
Après décrochage et retour soudain des mouvements actifs	2	2,7

Il y a donc, dans l'ensemble, une tendance à réaliser une amplitude oscillatoire supérieure à celle du côté sain. Mais c'est là un chiffre moyen. Si l'on étudie en détail les différents cas on constate que ces modifications, toujours de même sens, dans les cas où le traitement a été appliqué avec succès, sont d'intensité variable avec différents facteurs :

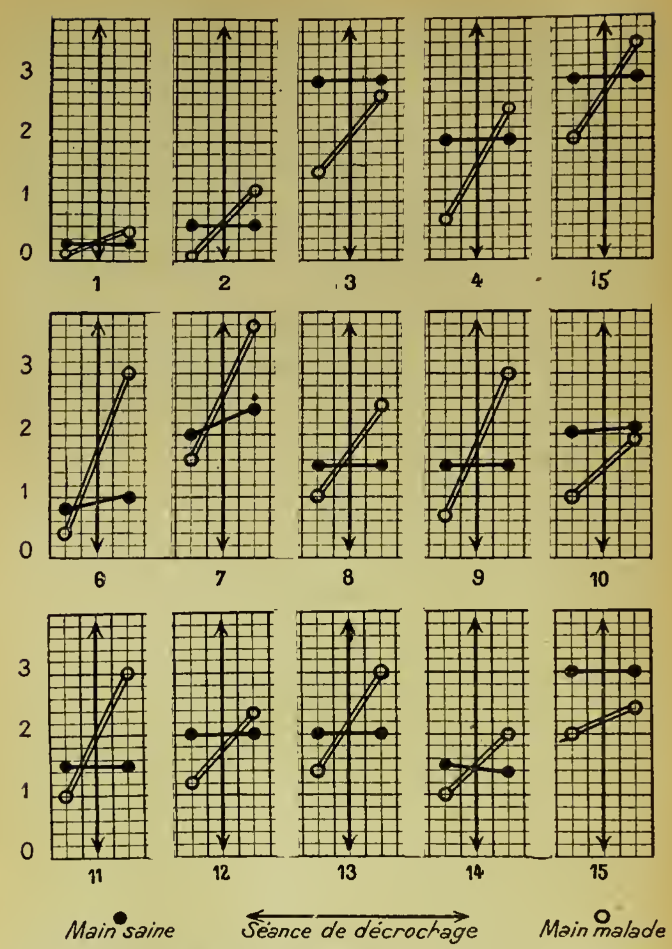


Figure 14. — *Epreuves de decrochage.* — Quinze exemples de modifications survenues sous l'influence du « décrochage » dans des cas de main figée. Chaque graphique donne tant pour la main saine que pour la main malade le chiffre de l'indice oscillométrique aussitôt avant (à gauche de la flèche) et aussitôt après (à droite de la flèche) la séance de traitement. A noter que le chiffre de l'amplitude oscillatoire reste invariable pour la main saine, qu'il augmente pour la main traitée au point de dépasser celui du côté sain.

Si le trouble moteur disparaît soudainement et que le malade puisse et veuille se servir immédiatement correctement de sa main, les oscillations du côté traité atteignent et le plus souvent dépassent celles du côté sain.

S'il y a persistance de troubles articulaires limitant et gênant la récupération motrice, ou s'il s'agit d'un malade sans volonté qui manœuvre paresseusement sa main, ou enfin s'il s'agit d'un sujet à mauvaise mentalité, essayant de se reprendre et qui ne veut pas faire correctement les mouvements possibles, alors l'amplitude oscillatoire du côté traité quoique notablement augmentée n'atteint pas celle du côté sain.

2° Nous avons dans la suite de l'entraînement réalisé des séances de mouvements actifs répartis également sur la main saine et la main malade. Les résultats sont les mêmes et varient pour les mêmes causes que dans l'épreuve précédente.

3° Nous avons comparé l'influence des mouvements passifs et des mouvements actifs sur les troubles vaso-moteurs. Nous avons toujours eu l'impression et nous la confirmons par quelques cas démonstratifs, que seule la motilité active a une influence importante sur les troubles vaso-moteurs. Il y a là de quoi expliquer pourquoi telle main figée, traitée pendant de nombreux mois sans modifications par physiothérapie passive, guérit au contraire progressivement par les exercices actifs consécutifs au traitement psychothérapique qui a récupéré la motilité normale.

4° Enfin nous avons dans la suite de l'entraînement médical suivi chez nos soldats le sens et la tendance des variations oscillométriques. Nous avons observé que leur tendance vers l'égalisation normale s'observe dans les cas où, soit la forme clinique (formes non articulaires), soit surtout la volonté, le zèle du sujet, ont permis une utilisation physiologiquement normale du membre récupéré. Nous avons observé qu'il ne faut pas se presser de déclarer les troubles secondaires définitivement guéris et qu'une négligence prolongée daus l'usage du membre expose à des récidives partielles et plus ou moins durables des troubles vaso-moteurs.

Enfin nous avons vu que chaque fois que pour des raisons d'obstacles articulaires, de volonté déficiente, de mauvaise mentalité, le membre est peu ou mal utilisé, la tendance vers la normale n'est que très lente.

Il y a dans tous ces faits que nous avons constamment observés et dont nous donnons plus loin quelques exemples, une indication importante, croyons-nous, concernant *l'influence du retour de la motilité sur la régression des troubles vaso-moteurs* et

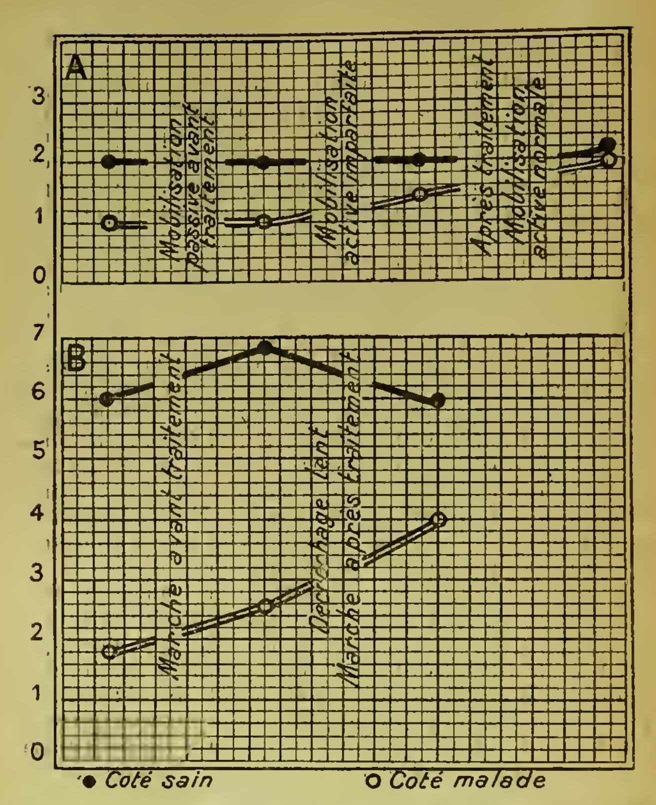


Figure 41. — Comparaison des modifications oscillométriques sous l'influence des mouvements passifs (avant traitement) et des mouvements actifs) après traitement.

A. — *Main figée.*

B. — *Pied bot.*

Chacun de ces graphiques donne pour le côté sain et pour le côté malade les chiffres correspondants aux indices oscillométriques. A noter que la mobilisation passive n'amène pas de modification des amplitudes oscillatoires du membre malade, qu'au contraire la mobilisation active après récupération motrice les augmente et tend à les égaliser à celles du côté sain.

peut être d'une façon plus générale, concernant *l'influence du mouvement sur l'évolution des troubles vasculaires.*

Il nous reste maintenant à discuter le mécanisme de cette action :

Causes prédisposantes et déterminantes des troubles vaso-moteurs. Rôle du sympathique dans leur apparition et leur évolution. — « L'importance des troubles vaso-moteurs, disent MM. Babinski et Froment, qui nous a depuis si longtemps frappés et dont nous avons cherché à faire une analyse clinique précise, dénote d'une manière évidente l'entrée en jeu du système sympathique ».

L'origine première de ces troubles vaso-moteurs serait toujours pour ces auteurs au niveau de la lésion causale, et c'est encore le même mécanisme réflexe, empruntant cette fois la voie sympathique qui en motiverait l'apparition et l'évolution. A l'appui de cette hypothèse, ils invoquent ce fait « que les troubles vaso-moteurs et thermiques peuvent s'étendre bien au-dessus du coude et jusqu'à l'épaule dans une lésion de la main. Parfois même l'autre bras présente quelques troubles vaso-moteurs et sudoraux. Il est permis, ajoutent-ils, d'invoquer encore à l'appui de cette idée, la mutabilité de ces troubles susceptibles de se transformer transitoirement d'un moment à l'autre, l'hyperthermie succédant à l'hypothermie et l'amplitude des oscillations mesurée au sphygmomanomètre devenant plus grande du côté lésé, alors qu'elle était bien plus petite quelques instants auparavant ».

MM. Babinski et Froment éliminent pour ces raisons la possibilité de paralysie ou de névrite sympathique pour expliquer les troubles vaso-moteurs.

Nous rejetons d'autant plus volontiers avec ces auteurs l'idée d'une *lésion* anatomique des voies sympathiques, qu'elle serait en désaccord complet avec la large et parfois rapide curabilité de ces désordres circulatoires. L'allure clinique et évolutive nous pousse à accepter la probabilité d'une intervention des ganglions sympathiques envisagés comme centre réflexe vaso-moteur. Mais nous avons tendance à envisager tout autrement que MM. Babinski et Froment le mécanisme et particulièrement le point de départ du réflexe vaso-moteur, *ce point de départ n'étant pas lié pour nous directement au traumatisme, mais bien aux modifications consécutives de la fonction motrice.*

En effet, si le trouble causal des désordres circulatoires devait être toujours le traumatisme initial comment s'expliquerait-on la

localisation élective des accidents circulatoires au niveau des membres et même surtout à leur extrémité, alors que le siège de la blessure peut en être très distant, peut occuper même d'autres régions ; comment s'expliquerait-on, dans cette dernière éventualité, l'absence de troubles vaso moteurs en d'autres régions que les membres, région faciale, cervicale, thoracique, abdominale, etc.? Comment enfin accepterait-on le fait pourtant certain de l'apparition de troubles vaso-moteurs persistants en l'absence de tout traumatisme causal ?

Pour l'interprétation des réactions vaso-motrices dans les troubles qui nous occupent, voici les faits qui nous paraissent les plus frappants et les déductions que nous en tirons :

L'apparition, l'évolution des troubles de la régulation vaso-motrice sont dans la généralité des cas associés intimement à la *coexistence d'un trouble moteur.*

On ne rencontre pas, en dehors de ceux provoqués par le froid, de gros troubles de la régulation vaso-motrice comme unique manifestation d'une blessure.

L'intensité des désordres vasculaires est souvent en rapport direct avec l'intensité et l'ancienneté du trouble moteur; en rapport nverse de la nocivité de la blessure initiale si l'on admet qu'elle doive s'atténuer progressivement avec le temps.

D'autre part, l'examen systématique du membre sain par les moyens d'investigation (oscillométrie) capables de révéler des déficiences non appréciables à simple vue, démontre qu'il existe presque toujours chez les sujets atteints de troubles acro-moteurs, un état de vaso-constriction, même du côté sain.

Or, il est admis, que sous l'influence des conditions de la vie en campagne, il peut se développer aux extrémités des membres, des troubles vaso-moteurs qui, soit acquis, soit constitutionnels et accusés subsisteront dans la suite de façon plus ou moins persistante aux extrémités symétriques [1]

La vaso-constriction observée du côté sain, ne peut pas à notre avis, tant elle est fréquemment observée (et souvent de façon très précoce) être expliquée par la loi de symétrie. D'autre part n'est-il pas saisissant que, suivant la présence ou l'absence d'une microsphygmie bilatérale, le même trouble moteur névropathique don-

(1) M. Cottet a attiré récemment l'attention sur la présence du syndrome acro-asphyxique chez les soldats en campagne (*Presse Médicale*, 10 septembre 1917).

nera ou ne donnera pas lieu (ainsi que nous l'avons observé) à l'apparition de troubles vaso-moteurs marqués du côté atteint.

Donc la préexistence d'un trouble vaso-moteur léger bilatéral et symétrique nous paraît être une hypothèse plus facilement admissible.

Ces troubles acro vaso-moteurs bilatéraux, avant toute adjonction traumatique ou dyskinétique, représentent déjà en eux-mêmes un certain degré de dérèglement du système sympathique vasculaire. Ils représentent une déficience de la régulation thermique et vaso-motrice contre laquelle les sujets doivent lutter par une suractivité musculaire constante. C'est l'intensité, c'est la fréquence des mouvements qui compenseront la paresse de l'activité circulatoire en *excitant* la régulation insuffisante du sympathique.

Dans ces conditions, qu'un membre, ou mieux une extrémité, siège de semblables troubles vasculaires préexistants, soit *immobilisé* sous l'influence directe (action antalgique) ou indirecte (trouble moteur pithiatique) d'un traumatisme local, que va-t-il se passer ?

« Ce sont les organes disent Morat et Doyon, qui par l'intermédiaire de leurs nerfs sensitifs, provoquent ce phénomène vaso-moteur destiné à proportionner la circulation au besoin créée par le fonctionnement ». L'*inactivité musculaire* va donc inhiber encore un sympathique déjà déficient. Plus cette inactivité durera, plus le sympathique s'adaptera à cette circulation ralentie, plus il tendra à perdre complètement ses fonctions normales régulatrices.

Que se passera-t il maintenant si nous faisons réapparaître les fonctions motrices du membre ?

La motilité passive ne modifiera que transitoirement et surtout que *très partiellement* les troubles vasculaires (voir documents p. 164) ; ceci s'explique par ce fait que, n'étant pas un véritable réveil du fonctionnement musculaire, que n'étant qu'une apparence trompeuse de l'action physiologique normale des muscles, elle n'a aucune raison d'influencer les centres sympathiques de façon importante et surtout durable.

Au contraire, le retour des mouvements actifs provoque, nous l'avons montré, une modification intense, une amélioration notable des troubles vasculaires. Si ce résultat n'est pas d'emblée complet et définitif, s'il n'a tendance à se stabiliser que progressivement c'est, croyons-nous, que le système sympathique du membre s'était *adapté* à l'inactivité musculaire et que, pour *une nouvelle adaptation à l'activité reparue*, il faudra la mise en jeu régulière et continuelle des muscles dans leur fonctionnement physiologique

normal[1]. Ceci explique pourquoi l'on observe un parallélisme constant entre la rapidité de disparition des troubles vaso-moteurs et le degré de perfection de l'usage du membre malade après le retour de la motilité.

C'est donc à notre avis l'immobilisation qui chez des prédisposés crée le trouble vaso-moteur. C'est l'inutilisation ou utilisation vicieuse qui l'entretient, c'est le retour de la motilité qui tend à l'améliorer et l'utilisation physiologiquement normale qui tend à la faire disparaître.

Sans doute, l'immobilisation influant sur des membres à sympathique parfaitement réglé, n'est peut-être pas capable de créer à elle seule d'importants et persistants troubles vaso-moteurs. Mais qu'elle évolue sur un membre présentant déjà certaines tendances antérieures au dérèglement vaso-moteur (acro-cyanose), alors elle est plus que suffisante à accentuer d'abord, à stabiliser ensuite des troubles vaso-moteurs sérieux.

En résumé, nous croyons que :

Le trouble vasculaire primitif et symétrique, trouble de prédisposition, réalise un état d'isomicrosphygmie.

L'immobilisation ou même l'utilisation vicieuse d'un des membres accentuant localement le dérèglement vaso-moteur, crée secondairement un état d'anisomicrosphygmie, formule, nous l'avons vu, habituellement retrouvée dans les troubles acromoteurs.

Cette conception nous paraît cadrer tout à la fois avec les données de la physiologie et avec l'analyse de nos résultats thérapeutiques.

---

(1) La persistance d'adaptation des nerfs vaso-moteurs à un état antérieur déjà modifié est soulignée par différents faits : tendance à la syncope et à la congestion des membres inférieurs par la station debout chez les sujets restés longtemps couchés, au premier changement de position, les vaso-moteurs désadaptés étant impuissants à lutter contre l'action de la pesanteur. Un autre exemple expérimental est plus net encore : le cheval est toujours debout ; or, si l'on couche cet animal sur le côté et si l'on coupe l'artère métacarpienne, le sang ne coule pas immédiatement parce que la vaso-constriction se maintient très forte, encore adaptée malgré les conditions nouvelles à sa lutte antérieure contre l'influence de la pesanteur (expérience de Lister).

IV. — **La nature de la surexcitabilité mécanique ou électrique des muscles et des nerfs et des modifications des réflexes cutanés.** — Nous croyons, comme MM. Babinski et Froment que la surexcitabilité mécanique des muscles avec lenteur de la secousse est due à l'hypothermie et aux troubles circulatoires. Elle s'exagère par le refroidissement, s'accentue ou même disparaît par le réchauffement. Elle disparaît aussi quand la guérison du trouble moteur a permis le retour à la normale de la circulation du membre.

Il en est de même pour la surexcitabilité électrique des nerfs, pour la surexcitabilité mécanique des muscles.

Récemment M. Sicard a démontré expérimentalement l'influence des modifications vasculaires sur la contractilité.

Il en est de même enfin des modifications du réflexe cutané plantaire. Diminué ou aboli quand l'hypothermie est intense, il reparaît après réchauffement, soit artificiel, ainsi que MM. Babinski et Froment l'ont montré, soit par retour des mouvements actifs.

V. — **Troubles de la réflectivité tendineuse.** — Les modifications des réflexes tendineux seraient aussi pour les partisans de la théorie réflexe un signe de grande valeur.

Cependant, à lire la description que consacrent MM. Babinski et Froment à cette question dans leur livre, on voit qu'il s'agit d'un signe inconstant, d'interprétation souvent difficile ; que tantôt les réflexes peuvent être exaltés, tantôt diminués, sans que l'on soit en mesure de comprendre le comment ou le pourquoi de l'une ou l'autre de ces modalités.

En effet ces auteurs notent « que les réflexes tendineux semblent
« plus souvent exagérés dans les contractures du membre inférieur
« que dans les formes hypertoniques observées au membre supé-
« rieur. Dans les contractures du membre inférieur, la surréflec-
« tivité tendineuse est souvent discutable et peut faire défaut.
« Quelquefois elle n'est que latente et l'on peut alors la mettre en
« évidence par la narcose chloroformique.

« On peut observer au contraire un affaiblissement plus marqué du réflexe achilléen avec lenteur du mouvement, comme l'a montré Clovis Vincent. Dans ce cas, les troubles physiopathiques, en particulier la cyanose et l'hypothermie sont très prononcés. Le réchauffement du membre rend au réflexe son amplitude normale ».

Des recherches que nous poursuivons sur cette question — et qui sont loin d'être terminées — on peut retenir dès maintenant ceci :

1° L'hyperréflectivité tendineuse s'observe souvent, mais non constamment dans les troubles acro-moteurs dits réflexes, aussi bien au membre supérieur (réflexes radio-pronateur, stylocubital et tricipital), qu'au membre inférieur (rotulien surtout, achilléen rarement).

Elle existe dans les formes hypertoniques comme dans les formes hypotoniques, au même degré de fréquence et d'intensité lorsqu'il y a *atrophie musculaire*.

Cette coexistence entre l'hyperréflectivité tendineuse et l'atrophie musculaire est soulignée par le fait, d'ailleurs connu, que dans un membre atrophié, suite de fracture, les réflexes tendineux sont exaltés. Il en est de même de l'exagération du réflexe rotulien du côté du membre atrophié chez les coxalgiques. C'est ainsi que l'on peut constater l'exagération du réflexe rotulien, dans la sciatique médicale, contrastant avec l'abolition du réflexe achilléen du même côté. M. Babinski qui le premier a signalé ce fait dans la sciatique n'a pas à notre connaissance, — comme nous avons pu le faire, à l'appui de mensurations effectuées chez un grand nombre de sciatalgiques, — souligné le parallélisme presque constant entre l'atrophie musculaire et l'hyperréflectivité.

2° Si l'amyotrophie coïncide presque toujours avec une exagération des réflexes tendineux, l'inverse n'est pas vrai Nous avons quelquefois constaté une exagération légère, mais nette des réflexes tendineux, sans que le membre ait présenté une atrophie appréciable.

3° L'hyperréflectivité tendineuse n'est pas l'apanage unique des troubles moteurs dits réflexes. Elle s'observe tout aussi souvent dans les paralysies ou les contractures globales d'un membre, de nature pithiatique pure, lorsque celles-ci sont de date ancienne et s'accompagnent d'amyotrophie.

4° L'examen des réflexes tendineux du côté sain, chez les physiopathes, comme chez les névropathes purs, mérite d'être minutieusement poursuivi.

Par un examen systématique on constate que chez tous ces sujets les réflexes sont forts, vifs, même quelquefois polycinétiques du côté sain ; que s'il y a asymétrie en faveur du côté lésé, il ne s'agit le plus souvent que d'une simple exagération d'un état constitutionnel, physiologique, antérieur.

5° La diminution et même l'abolition des réflexes tendineux (de l'achilléen notamment) s'observent dans les cas de refroidissement marqué du membre, ainsi que l'ont montré MM. Babinski et Vincent.

Mais nous ferons remarquer que l'on constate en même temps des modifications nettes du réflexe idio-musculaire du mollet, qui est lui aussi lent et diminué, ce qui donne à penser que le refroidissement du muscle peut aussi bien modifier le réflexe tendineux que le réflexe idio-musculaire.

6° Enfin et surtout nous voulons dès maintenant souligner ce fait que nous avons pu noter chez quelques-uns de nos malades : *l'atténuation lente et progressive de l'hyperréflectivité se faisant parallèlement chez un sujet débarrassé de son trouble moteur, au fur et à mesure que s'installe l'utilisation physiologique normale du membre et que s'atténue l'atrophie musculaire.*

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces faits ?

Pour l'instant, sans vouloir rejeter l'ingénieuse hypothèse de Claude et Lhermitte, de l'action dynamogénique exercée sur les centres médullaires par une longue inactivité d'un membre ou d'un fragment de membre, nous pensons que d'autres causes peuvent être invoquées pour expliquer les modifications des réflexes et que certaines d'entre elles, doivent être recherchées non pas dans une adultération anatomique ou dynamique du *centre* (moelle), des *conducteurs* de l'arc réflexe (nerfs), mais bien dans une atteinte portant au *point de départ* même de celui-ci (muscles).

Nous croyons que pour une très grande part la surréflectivité tendineuse peut être liée aux modifications anatomiques (histo-chimiques) et partant physiologiques de la fibre musculaire elle-même (myo-fibrille ou sarcoplasme) ; elle peut être liée aussi pour une part, pensons-nous, aux modifications du tonus musculaire.

Ce sont là des questions que nous ne pouvons qu'effleurer ici, mais qui s'étayent déjà sur des constatations importantes. En effet les travaux récents de Sherrington, de Langelaan et de Piéron ont montré, contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, qu'il existait des rapports anatomiques et physiologiques intimes entre la réflectivité tendineuse et le tonus. Beaucoup des faits de la clinique neurologique mériteraient d'être repris à la lumière de ces notions nouvelles.

Modifications de la réflectivité sous l'influence de la narcose. — Nous les avons après MM. Babinski et Froment, plusieurs fois vérifiées. Pour des raisons d'ordre extra-médical, nous n'avons jamais pu procéder à la narcose chloroformique et nous nous sommes bornés à l'anesthésie au chlorure d'éthyle et quelquefois à l'éther. Dans ces conditions, que nous reconnaissons différentes,

l'exagération élective des réflexes, l'exaspération de la trépidation épileptoïde du côté lésé ne nous ont pas paru très fréquentes. Lorsqu'elle existait d'une façon manifeste, c'était surtout dans les troubles hypertoniques, c'est-à-dire dans ceux où, même à l'état de veille, on notait les éléments nécessaires à provoquer le faux clonus.

Comme d'autre part la résolution est plus lente à obtenir par la narcose dans le membre contracturé que dans le membre sain — pour des raisons que l'on peut placer aussi bien à la périphérie (muscle) qu'au niveau de la moelle — il n'y a rien de surprenant que du côté lésé le clonus et l'hypertonie disparaissent plus tard dans le sommeil anesthésique et réapparaissent plutôt dans le réveil. Il est donc permis d'admettre qu'au clonus anesthésique vrai, médullaire, s'associe, dans les troubles acromoteurs hypertoniques, un faux clonus périphérique (musculaire) ; cette association concourt à exalter le phénomène clonique global du côté contracturé.

VI. — **Nature des troubles trophiques cutanés, musculaires et osseux et des lésions articulaires.** — Il est évident que la cause intime de la viciation trophique d'un membre paralysé ou contracturé sans lésion organique d'un nerf ou d'un vaisseau est à l'heure actuelle encore obscure et légitime toute hypothèse.

MM. Babinski et Froment reconnaissent à cette catégorie de troubles également une origine réflexe par voie sympathique.

Il nous semble, pour notre part, que là encore on n'a pas tenu suffisamment compte du rôle joué par l'immobilisation, dans les perturbations apportées par elle sur le système vasculaire et régulateur thermique d'un membre privé pendant plusieurs mois ou même plusieurs années de toute espèce de mouvements. A l'immobilisation enfin s'ajoute fréquemment le maintien prolongé du membre dans des appareils de contention, dans des enveloppements à l'abri de l'air et de la lumière. Pour la peau et les phanères, les faits que nous avons publiés, faits dans lesquels l'aspect des téguments, des ongles, des poils se sont modifiés considérablement à partir du jour où le malade a recouvré la motilité plaident bien en faveur du rôle indiscutable, joué par l'immobilisation (fig. 3, pl. IX). Ici, c'est l'aspect morphologique de la peau, sa consistance qui se modifient en même temps que réapparaissent les plis transversaux aux surfaces de flexion ou d'extension. Là ce sont les ongles qui présentent un sillon transversal marqué, dénotant les modifications importantes dans sa croissance, ou même dans sa repousse.

Il y a en plus en faveur de la thèse que nous soutenons, à considérer les deux faits suivants :

1° Les troubles trophiques cutanés sont ordinairement proportionnels en intensité aux troubles moteurs : nuls ou peu accusés dans les cas où persistent des mouvements sub-normaux du membre, ils prédominent dans ceux où la contracture ou la paralysie sont absolues.

2° Ces troubles sont toujours plus apparents et plus marqués au niveau de la main où la motricité physiologique est beaucoup plus hautement différenciée qu'au niveau du pied.

Il nous semble donc que sans rejeter entièrement le rôle joué par le sympathique dans la trophicité cutanée, il y ait lieu de faire une part très importante — nous dirions même prédominante — à l'immobilisation.

Pour l'**amyotrophie**, le problème pathogénique est plus complexe encore. Si nous n'avons pas observé de cas semblables à ceux de M. Vincent cités par MM. Babinski et Froment, cas dans lesquels malgré la récupération motrice, l'amyotrophie est allée progressivement en s'accentuant, nous avons été frappés comme tous les auteurs de la présence de l'amyotrophie et souvent aussi de son intensité dans les acro-contractures ou les acro-paralysies. Aussi jusqu'à plus ample informé, nous rallions-nous partiellement à la théorie réflexe de Hunter, de Vulpian, de Charcot sans cependant ici encore refuser à l'immobilisation la part qu'elle peut jouer dans l'apport de modifications physiologiques et partant anatomiques de la fibre musculaire elle-même, l'*atrophie d'inutilisation* s'opposant ainsi à l'*hypertrophie compensatrice* et obéissant aux mêmes lois biologiques.

Pour ce qui concerne l'**ostéoporose**, nous avons pu réunir quelques documents soulignant l'influence favorable du retour de la motilité physiologique sur la répercussion des troubles trophiques osseux. En pratiquant des radiographies en série dans des mains figées nous avons pu vérifier que le retour des fonctions normales provoque une atténuation progressive de la décalcification primitive.

Restent enfin les **rétractions musculaires** et surtout les **lésions articulaires** ordinairement tardives comme nous l'avons vu, mais qui constituent un obstacle important aux méthodes psychothérapiques. Ici encore l'immobilisation à elle seule peut servir, pensons-nous, à expliquer certaines de ces manifestations d'ordre organique indiscutable ; les faits classiques et connus de tous les chirurgiens montrant ces raideurs articulaires s'installer avec

l'immobilisation passive, ne pas apparaître avec les méthodes modernes de mobilisation hâtive utilisées en cas de fracture, sont des arguments que l'on a peut-être par trop oubliés.

Autrefois quand on laissait aux accidents de la névrose le temps de s'acclimater, il ne semblait pas discutable que des adhérences, des rétractions fibreuses, puissent se former à la suite d'une contracture hystérique.

Dans certaines maladies mentales, avec attitude stéréotypées maintenues pendant un temps plus ou moins long, il n'est pas rare de trouver des rétractions musculaires dont on rechercherait en vain l'origine réflexe. M. Jacquin nous en a montré à l'Asile d'aliénés de Bourg de très beaux exemples.

M. Cullerre, dans sa thèse, en donne des observations typiques et fort démonstratives. Il n'est pas douteux que dans ces cas, l'immobilisation en attitude vicieuse est la seule cause admissible de ces rétractions musculo-tendineuses.

A **l'hypotonicité** que l'on constate, assez accentuée parfois, viennent souvent s'ajouter d'autres causes qui accentuent ses effets.

Il est certain qu'une contracture intense déterminant une immobilisation ou attitude vicieuse très accentuée en flexion par exemple, très longtemps maintenue, entraîne à la longue un allongement des antagonistes, facilité souvent par l'atrophie.

Les causes dont nous avons parlé à l'occasion du trouble moteur qui permettent l'exagération d'une attitude vicieuse (habitude, prédispositions articulaires ou ligamentaires individuelles) ne sont pas sans favoriser elles-mêmes l'allongement de certains muscles qui, aidé de la laxité articulaire, permettra le développement de l'hypotonie.

Celle-ci est ici comparable, au point de vue de son origine, aux rétractions musculaires par immobilisation prolongée ou attitude vicieuse.

Les **lésions organiques articulaires** secondaires apparaissent particulièrement évidentes au niveau des grosses articulations, coude, genou, hanche et épaule.

Notre expérience personnelle basée sur l'étude systématique d'un grand nombre de contractures localisées à ces articulations nous a amenés à cette double conviction : rareté des formes psychonévrosiques pures; difficulté et souvent même impossibilité de faire par un simple examen clinique la part respective des lésions anatomiques et des manifestations fonctionnelles.

Cette différenciation au contraire se fait des plus aisément lorsqu'on a recours systématiquement à l'examen de l'articulation

pratiqué sous anesthésie chaque fois que faire se peut, et encore aux résultats fournis par le criterium thérapeutique qui souvent est un excellent moyen de diagnostic.

A l'appui des résultats fournis par ces moyens d'investigation nous pensons qu'on peut diviser les attitudes vicieuses des grandes articulations si fréquemment observées dans les centres neurologiques de l'intérieur, de la façon suivante, division pathogénique que nous avons déjà fait prévoir dans notre aperçu clinique :

1° Le trouble cède complètement par psychothérapie ou à défaut disparaît totalement par anesthésie. La limitation des mouvements à l'état de veille est conditionnée par une contracture illogique, variable, accompagnée de tremblements (type pithiatique). Il s'agit d'une modification fonctionnelle pure ; rare à l'intérieur, elle est d'observation courante aux armées.

2° Les mouvements de réduction provoquent de la douleur articulaire Il y a de la contraction de défense ; sous anesthésie on peut avec ou sans modifications musculaires et réflectives, arriver à la réduction en rompant de légères adhérences articulaires.

Par la psychothérapie on arrive au résultat total, mais d'une façon lentement progressive et à la condition de l'associer à la physiothérapie dont l'action, quoique subordonnée et secondaire, doit agir de façon parallèle.

Il s'agit dans ces cas de troubles articulaires secondaires à l'immobilisation, donc secondaires au trouble moteur fonctionnel.

3° Dans de nombreux cas on observe que sous anesthésie on ne peut redresser la déformation que partiellement. Le traitement psycho-physiothérapique ne donne qu'un résultat partiel. Il reste un reliquat définitif. En pareilles éventualités on observe généralement soit des lésions articulaires irréductibles (directes ou indirectes), soit des rétractions musculo-tendineuses ; ces dernières sont dans la grande majorité des cas, en relation avec des plaies musculaires directes, accompagnées de pertes de substance plus ou moins importantes, ou d'autres fois consécutives à une suppuration du segment du membre correspondant.

4° Enfin dans une dernière catégorie de faits, ni l'anesthésie ni le traitement psychothérapique, n'amènent la moindre modification régressive. Il s'agit, sans association de troubles fonctionnels surajoutés, de lésions organiques pures articulaires ou musculo-tendineuses.

VII. — **Etat mental.** — Il nous semble, d'une façon générale, qu'on n'a pas suffisamment tenu compte, dans ces dernières années,

de la part jouée par l'état mental dans la genèse des accidents psychonévrosiques de guerre.

Et pourtant depuis Janet on connaissait bien les « stigmates » de l'état mental des hystériques sur lesquels la plupart des aliénistes ont également attiré l'attention, stigmates dont la suggestibilité, l'imitation, la mythomanie, l'orgueil, la pusillanimité, l'égoïsme, etc. forment les éléments fondamentaux.

Cependant quelques auteurs ont eu soin d'insister sur l'importance du facteur psychique chez les psychonévrosés de guerre.

M. Meige en décrivant pour la première fois l'impotence fonctionnelle de la main à laquelle il proposait de donner le nom de « main figée » a eu soin de comparer ce phénomène au *négativisme moteur*. « L'on ne peut pas ne pas être frappé, dit-il, de l'attitude générale de ces sujets, silencieux, solitaires, le regard inquiet, avares de gestes, ils semblent en état de perpétuelle vigilance. On dirait que leurs « mains figées » sont l'objet d'une constante préoccupation. Cependant ils n'en souffrent pas, mais cette immobilisation est comme une idée fixe. Il n'est pas impossible que, par un processus dont les exemples sont très fréquents, sur une épine organique initiale soit venu se greffer un état psychopathique qui, actuellement constitue, toute la maladie ».

« On sait d'ailleurs qu'il n'est pas rare de voir à la suite de paralysies motrices, réelles, mais passagères, persister des impotences qu'on est tenté de qualifier d'imaginaires. Ces impotences ne sont, en réalité, que des amnésies motrices. L'un de nous a signalé leur existence chez les hémiplégiques organiques en voie de guérison. Ces remarques ne doivent pas être perdues de vue dans les cas que nous présentons. Plus encore que les troubles thermiques, l'état psychique de ces sujets mérite attention. Quelque tenté que l'on puisse être de voir en eux des simulateurs, on devra rester dans l'expectative ».

MM. Laignel-Lavastine et Courbon ont avec beaucoup de soin étudié l'état psychique de ces malades ; dans un récent travail ils ont insisté sur l'« insincérité » dans les accidents de guerre.

M. J. Courjon à propos de paralysie dite réflexe a bien insisté également sur l'état mental de ces sujets, en montrant qu'à côté des débiles intellectuels, apathiques plus ou moins obstinés, existait une classe plus nombreuse de malades chez lesquels dominait avant tout la diminution de l'affectivité. « La tendance à la réclamation, dit Courjon, l'exagération des symptômes douloureux, la mise en scène qui existe, tant dans leurs actes que dans leurs paroles, leurs antécédents personnels où l'on retrouve l'in-

stabilité physique et mentale, leur paresse qui résulte de leur « inactivité », leur hantise d'être soupçonnés de simulation, l'idée obsédante de leur infirmité indiquent qu'on se trouve en présence d'un état de désharmonie ou de déséquilibre mental dont la faiblesse morale est le symptôme le plus constant ».

Roussy, Boisseau, d'OElsnitz plus récemment ont également attiré l'attention sur le rôle joué par le facteur psychique (la mentalité) dans le mode de guérison des accidents psychonévrosiques de guerre quelle que soit la nature de cet accident : pithiatique ou physiopathique.

Ils ont rappelé l'importance qu'il y avait à toujours rechercher le terrain sur lequel s'étaient développés les accidents hystériques et ont rapporté un certain nombre d'observations dans le but de montrer que l'état psychique des malades, leur bon ou mauvais moral, leur bonne ou mauvaise mentalité, semblent bien être le facteur de première importance dans la disparition des accidents psychonévrosiques. En effet si l'on a affaire à un sujet de bonne mentalité, on verra les troubles même les plus rebelles, comme une acro-contracture ou une acroparalysie avec troubles secondaires, disparaître et même guérir facilement. Au contraire si l'on a affaire à un sujet à mentalité déficiente, il sera, sinon impossible, du moins très difficile d'obtenir la guérison même passagère d'une hémiplégie ou d'une paraplégie du type pithiatique pur.

MM. Long et Jacquin au Sous-Centre Neurologique de la 7e Région ont fait récemment une étude des plus intéressantes sur « L'état mental dans les Psychonévroses », portant sur 390 fiches d'observation.

Un premier groupe de cas qui forment le cinquième de l'effectif a été mis à part parce qu'il s'agissait de troubles psychopathiques d'origine constitutionnelle ou toxique sur le développement desquels les blessures ou les maladies n'ont eu qu'une faible importance, l'état de guerre n'ayant été qu'une contingence ou, tout au plus, une cause aggravante.

Chez les autres malades, de beaucoup les plus nombreux, les troubles névropathiques se sont développés après une blessure, une maladie au cours des opérations de guerre. Ici les auteurs insistent sur l'importance de la prédominance du terrain mental sur lequel sont apparus les troubles psychonévrosiques et qui leur paraît évidente chez nombre de sujets incontestablement tarés.

C'est d'abord la *débilité mentale*, attestée par l'insuffisance scolaire, la lenteur des opérations intellectuelles, le puérilisme, un défaut d'imagination qu'on retrouve jusque dans une symptoma-

tologie terne et uniforme, et la pauvreté des arguments invoqués pour expliquer la persistance de la maladie. Cette dégénérescence mentale est habituellement contresignée par des stigmates de dégénérescence physique. L'interrogatoire de ces sujets n'est pas aisé ; qu'ils soient suggestibles ou entêtés, de bonne ou de mauvaise foi, leur défaut de jugement aggrave la lenteur de la mémoire, et il est difficile de savoir quelle est la culture qui a fait d'eux des piliers d'hôpital, alors que d'autres aussi débiles et passifs qu'eux, restent au front ou y retournent.

C'est encore plus souvent que la débilité mentale, le *déséquilibre psychique* chez des sujets ayant acquis sans difficultés le degré d'instruction exigé par leur milieu, d'une intelligence parfois brillante en apparence, loquaces, ayant la répartie facile et trouvant des explications multiples pour étayer leurs affirmations ; seulement, derrière cette façade existe un grand défaut de jugement, du désordre mental, une suggestibilite qui s'égare presque toujours dans une mauvaise direction, et une tendance au mensonge qui justifie pour eux l'appellation de « mythomanes » : ce sont des fabulateurs en actes et en paroles. Tandis que le débile mental est surtout un persévérateur, le déséquilibré crée, et il a apporté aux psychonévroses de guerre des aspects cliniques, inédits et parfois surprenants. Il est accessible au raisonnement, il connaît les lois morales même s'il ne les pratique pas, car trop souvent des penchants pervers compliquent et assombrissent le tableau morbide. Rappelons-nous alors que ce sont ces sujets dans la pratique civile, où le médecin, quand il est consulté, ne trouve à proposer comme thérapeutique, que le travail sous une discipline sévère et un conseil judiciaire quand il y a des intérêts à sauvegarder.

Après les débiles et les déséquilibrés, on doit mettre à part des *états hypocondriaques chroniques* : l'activité est inhibée par l'inertie psychique, par une humeur soucieuse, par des inquiétudes, pour tous les malaises passés et surtout futurs ; chez eux, il est difficile de noter ce qui revient à la revendication ou à la simulation, car ils sont réticents plus souvent que quérulents, et parfois aussi tourmentés par des obsessions ou des phobies qu'ils n'avouent guère. Ils ont réagi par une persévération obsédante à la blessure ou à la maladie qui les a frappés ; il faut se demander si quelques-uns n'évolueront pas plus tard vers une psychose plus systématisée ; en tout cas, dès à présent ils donnent bien l'impression que chez eux, comme dans les précédents types, le terrain mental représente un facteur important de la genèse des troubles morbides.

En résumé nous considérons les troubles réflexes, comme des accidents hystériques associés à des troubles secondaires. Ils se développent chez des sujets présentant :

Un état psychique spécial, préexistant, plus souvent acquis ou accentué par les conditions actuelles de leur existence. Cet état psychique qui va de l'état mental des pithiatiques à celui des accidentés du travail et même jusqu'à celui des revendicateurs (sinostrosés de Brissaud) permet à l'occasion d'un traumatisme ou d'une cause quelconque, souvent légère et banale, l'apparition :

D'un trouble moteur de nature pithiatique que la volonté peut reproduire et qui est susceptible de disparaître brusquement par la persuasion. Evoluant sur un membre dont la circulation est parfaitement normale, sans lésions musculaires directes irrémédiables, ce trouble moteur peut être le seul symptôme ; c'est un trouble pithiatique pur. Mais il peut s'associer à des accidents secondaires s'il se développe sur un terrain circulatoire anormal, préexistant, acquis ou accentué par la vie en campagne ou par toute autre cause, lésion artérielle par garrot, par exemple. Cette circulation défectueuse, liée sans doute à un dérèglement du sympathique, consiste en une vaso-constriction révélée le plus souvent par une diminution bilatérale de l'amplitude des oscillations artérielles (*Microsphygmie*).

Sur ce terrain ainsi préparé, l'immobilisation ou l'utilisation vicieuse due au trouble moteur, agit à son tour exagérant du côté malade la microsphygmie (*Microanisosphygmie*).

Celle-ci détermine la cyanose, les troubles de la régulation thermique et leurs conséquences : modification de la contractilité mécanique et électrique des muscles, troubles secrétoires et trophiques, modifications des réflexes cutanés.

Sur ce membre mal nourri, d'autres causes (en particulier l'immobilisation, les séquelles de l'infection) s'ajoutent aux précédents pour créer les lésions musculo-tendineuses aboutissant aux rétractions, les lésions ostéo-articulaires déterminant les ankyloses fibreuses.

L'inaction, la mauvaise nutrition du membre, et peut-être aussi une action réflexe, peuvent déterminer de l'atrophie musculaire et des troubles trophiques des tissus mous et des os.

Conclusions et déductions pratiques

Si nous avons cru devoir nous étendre sur les idées pathogéniques émises à propos des troubles dits d'ordre réflexe, ce n'est pas seulement, pour satisfaire à la tendance très naturelle, d'exposer ici le résultat de nos recherches personnelles. Ceci serait hors de propos dans un livre comme celui-ci destiné avant tout aux médecins praticiens. Mais c'est surtout, nous le répétons, parce qu'il ressort de cette question un enseignement pratique de première utilité.

Que l'on adopte l'une ou l'autre des théories pathogéniques ci-dessus énoncées, théories qui ne sont encore pour une part que des hypothèses susceptibles d'être infirmées ou confirmées, une première notion importante paraît mieux qu'au début ressortir aujourd'hui des nombreuses discussions qui eurent lieu sur ce sujet à la Société de Neurologie durant ces deux dernières années. D'abord mise en doute, rejetée même par beaucoup de médecins, la notion de curabilité du syndrome physiopathique de MM. Babinski et Froment, notamment dans son élément principal, le trouble moteur est maintenant acceptée presque unanimement.

Que l'action réflexe puisse durer plus ou moins longtemps après la disparition de la blessure originelle, et fixer ainsi une attitude vicieuse d'un membre ou d'un fragment de membre en contracture ou en paralysie (Babinski et Froment) — que cette action réflexe ne soit que passagère et que bientôt se substitue à elle un mécanisme psychique de fixation (Claude et Lhermitte) — ou que l'attitude vicieuse (paralysie ou contracture) ne soit dès le début que l'effet d'un mouvement, d'une contraction de défense à l'égard d'un traumatisme, favorisée par l'émotion et fixée par la suggestion, comme tout accident hystéro-traumatique (Roussy, Boisseau, d'OElsnitz) l'élément psychique domine tôt ou tard le tableau clinique. Que cet élément soit fréquent et toujours secondaire (association hystéro-réflexe, Babinski et Froment) constant et primitif (Roussy, Boisseau et d'OElsnitz, Claude et Lhermitte), il n'en commande pas moins les procédés de thérapeutique à instituer et engage tout médecin à recourir à la psychothérapie.

A la suite de notre communication à la Société de Neurologie (séance du 7 juin 1917) sur le Pronostic et le Traitement des troubles nerveux dits réflexes où nous demandions « s'il n'y avait pas un certain danger à laisser persister plus longtemps la notion de l'incurabilité en bloc de tous les troubles dits physiopathiques, moteurs, vaso-moteurs, secrétoires et trophiques » — et ceci d'autant plus que pour beaucoup d'auteurs, les acro-contractures ou acro-paralysies, sans troubles secondaires, réduites au simple trouble moteur, avaient la même réputation d'incurabilité — le vœu suivant proposé par M. Babinski a été adopté :

« Etant donné l'intérêt qu'il y a dans les cas de troubles « pithiatiques rebelles purs ou associés à des phénomènes orga- « niques ou physiopathiques, à changer les malades de milieu et « à les soustraire à toute action contre-psychothérapique, il est « à souhaiter que l'on crée de nouveaux services d'isolement « organisés avec le plus grand soin, dans lesquels la psychothé- « rapie associée aux exercices d'entraînement et à la rééducation « intensive puisse être mise en œuvre avec le maximum de ren- « dement ».

Cette notion de curabilité enfin mérite d'être largement répandue non seulement parmi les neurologistes, les médecins experts, les médecins non spécialisés, mais aussi parmi nos blessés trop souvent hélas enclins à exagérer dans un but utilitaire la gravité de leur infirmité.

C'est dans ce but qu'ont été dirigés depuis plus d'un an nos efforts personnels.

En plus de la curabilité des troubles physiopathiques, une autre notion non moins importante apparaît immédiatement si l'on admet comme nous le faisons personnellement, que les troubles physiques légers ou graves (cyanose, hypothermie, raideur et ankylose, rétraction tendineuse, amyotrophie) ne sont que des manifestations secondaires relevant directement du trouble moteur et qu'ils n'apparaissent dans l'immense majorité des cas que tardivement : c'est dire en effet qu'ils sont le plus souvent *évitables* si l'on intervient d'une façon précoce, dès l'apparition ou le début de la fixation d'une contracture ou d'une paralysie.

L'observation que nous avons pu faire parallèlement depuis trois ans, d'abord aux armées, puis à l'intérieur, l'étude dans ce dernier cas d'un certain nombre de blessés récents lors de l'offensive du 16 avril 1917, ont peu à peu transformé en une conviction ce qui n'était d'abord en notre esprit qu'une impression.

En dernière analyse, troubles hystériques purs ou troubles hystériques avec association de lésions secondaires d'ordre anatomique rentrent l'un comme l'autre dans le cadre classique de l'hystéro-traumatisme et impliquent les mêmes mesures thérapeutiques (psychothérapie ou psycho-physiothérapie) et les mêmes mesures prophylactiques.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Recherches oscillométriques

MODIFICAFIONS VASO-MOTRICES DANS LES MAINS FIGÉES APRÈS DISPARITION DES TROUBLES MOTEURS, AU COURS DE L'ENTRAINEMENT MÉDICAL

Au cours de nos recherches comparatives sur les modifications oscillométriques que nous étudions ici, nous avons été frappés dès l'abord, de l'*importance des variations de l'amplitude oscillatoire chez un même sujet, à la même artère, sous l'influence de différents facteurs*. Nous les énumérerons ici et dirons comment nous nous sommes efforcés d'en corriger l'influence.

1° *La température extérieure.* — Les chiffres obtenus pendant les jours chauds de l'été ou pendant les périodes froides de l'hiver, ne sont pas directement comparables, aussi nous sommes-nous attachés à faire nos mensurations dans des conditions sensiblement semblables (chambre au nord à une heure très matinale en été, chambre chauffée légèrement en automne ou en hiver), de façon à ce que les chiffres obtenus aient été recueillis dans une température ambiante variant entre 8 et 12°. D'ailleurs, et pour plus de sûreté, nous avons retenu parmi les chiffres destinés à montrer l'influence de la récupération motrice sur les troubles vaso-moteurs, plus particulièrement ceux recueillis en automne et en hiver de façon à ce que l'influence de la température extérieure ne soit pas une cause d'erreur.

2° *L'influence des périodes digestives.* — Nous avons noté dans la période qui suit les repas, une augmentation notable des

oscillations artérielles, souvent plus marquée du côté malade, préalablement microsphygmique. Il nous a semblé qu'il y avait là une véritable vaso-dilatation digestive plus marquée du côté malade, phénomène que les malades nous ont souvent spontanément accusé sous forme d'une sensation de chaleur survenant à cette période dans l'extrémité antérieurement refroidie. Il était important que ces modifications oscillométriques ne viennent pas troubler l'interprétation des épreuves de mobilisation que nous voulions étudier. Aussi nous sommes-nous toujours efforcés de faire nos examens oscillométriques à grande distance des repas et plus particulièrement dans la matinée avant le repas de midi.

3° *L'influence des exercices actifs.* — Voulant mettre en relief ici l'influence de la motilité active volontaire sur les modifications vaso-motrices, il fallait dans les cas à l'étude, que des séances de mouvements prolongées, n'aient pas précédé immédiatement les épreuves graduées auxquelles nous soumettions les malades, aussi nous sommes-nous assurés que nos chiffres et particulièrement ceux concernant la progression oscillométrique aient été pris après repos et particulièrement avant la séance de gymnastique quotidienne.

A. — Examens oscillométriques comparatifs chez des sujets normaux et chez des sujets atteints de main figée[1].

Quelques exemples d'indices oscillométriques obtenus au niveau du poignet chez des sujets normaux.

Observ.	Indices oscillométriques	Observ.	Indices oscillométriques
—	—	—	—
Jas. . .	4	Rec. . . .	3 1/2
Dem . . .	2	Cor. . .	5
Tis. . . .	4	Mur . . .	6
Coch. . .	3	Pip. . . .	2 1/2
Per . .	3 1/2	Rie. .	6

(1) Tous les chiffres que nous donnerons seront rapportés aux *demi-divisions* de l'oscillomètre de Pachon que nous avons employé pour l'ensemble de ces recherches.

Observ.	Indices oscillométriques	Observ.	Indices oscillométriques
—	—	—	—
Rou . .	3	Sal. . . .	7
Gue . . .	2	Vil. . . .	9
Den .	1 3/4	Dub . . .	4
Per . . .	2 1/2	Ban . . .	4
Cal. . . .	5	Call . .	3
Gui. . . .	3	Cha .	2
Cham . .	5	Rot. . . .	4
Cat. . . .	3	Mer . . .	4
Bru . .	3	Lab. . .	2
Fau . . .	3	Taf. . .	3
Her . . .	2		

Quelques exemples d'indices oscillométriques obtenus au niveau du poignet (côté sain et côté malade) chez des sujets atteints de main figée.

Observ.	Côté sain	Côté malade	Observ.	Côté sain	Côté malade
—	—	—	—	—	—
Lon . .	1	1/8	Loui .	2 1/2	2
Mai . .	3	1	Long . .	2	1
Mon . . .	1/2	1/4	Mag. . .	1 1/2	1
Out . . .	5	1 1/2	Nal .	1 3/4	1/2
Pri . .	2 1/2	1 3/4	Pie . . .	3	1/2
Pey . .	1	1 1/4	Pet . . .	3	2 1/2
Rav .	1	1/2	Pio . .	2	1 1/4
The .	3	2	Sim. . .	2 1/2	2
Vel . .	2	1/2	Voi . . .	2 1/2	1/2
Bon . .	1 1/2	3/4	Jun. . .	2 1/2	2
Ponf . .	1 1/4	1 1/4	Ric. . .	1 1/2	1/2
Cha. .	2	1	Racl	1 1/2	1/4
Bla . .	3 1/2	1 3/4	Bour . .	2 1/2	2
Perr . .	1 1/2	1/2	Mau .	3	1 3/4
Tous . .	1	1/2			

B. — Examens oscillométriques au cours de la séance de décrochage

Nous nous sommes attachés à rechercher dans la plupart des cas de mains figées que nous avons traitées, les modifications oscillométriques survenues du côté malade après disparition des troubles moteurs sous l'influence de la séance de psychothérapie. Nous ne noterons pas ici les modifications caloriques observées parallèlement, mais nous pourrons dire que d'une façon approxi-

mative, nous avons vérifié qu'elles étaient absolument parallèles aux modifications vaso-motrices, la main se réchauffe, perd sa coloration violacée. L'oscillomètre donnera avec plus de précision les modifications vaso-motrices apparues sous l'influence de la récupération de la motilité.

Observations	Avant décrochage		Après décrochage	
—	*côté sain*	*côté malade*	*côté sain*	*côté malade*
1. Val. —	1/4	1/8	1/4	1/2
2. Hou. —	3/4	0	3/4	1,1/4
3. Led. —	3	1,1/2	3	2,3/4
4. Ass. —	2	3/4	2	2,1/2
5. Gui. —	3	2	3	3,1/2
6. For. —	2,1/4	2	2,1/4	2,1/4
7. Gui. —	3/4	1/2	1	3
8. Leb. —	2	1,3/4	2,1/2	4
9. Bon. —	1,1/2	1	1,1/2	2,1/2
10. Rob. —	2,1/2	2 1/2	2,1/2	4
11. Sev —	1,1/2	1.1/4	1,3/4	3
12. Fle. —	1,1/2	3/4	1,1/2	3
13. L'ec. —	1,1/2	1,1/2	1,1/2	3,1/2
14. Per. —	3	2	3	2,1/2
15. Mil. —	1,1/2	1	1,1/2	2
16. Vin. —	1,1/2	2	2	3
17. Cou. —	2	1,1/2	2	3
18. Cal. —	2	1,1/4	2	2,1/4
19. Roc. —	1,1/2	1	1,1/2	2
20. Sar. —	1,1/2	1	1,1/2	3
21. Gau. —	2	1	2	2

Dans cette série d'observations, nous avons eu affaire à des décrochages brusques avec retour soudain de tous les mouvements actifs. Nous avons pu constater que la conséquence oscillométrique a été le plus généralement un renversement de la formule antérieure, c'est-à-dire augmentation des oscillations du côté malade.

Dans les cas suivants, où il s'est agi de décrochages moins parfaits, on peut constater que, soit en raison de troubles articulaires gênant les mouvements, soit en raison de la volonté moindre du sujet, les oscillations du côté malade, quoique augmentées notablement, ne dépassent pas, et même n'atteignent pas tout à fait celles du côté sain après décrochage.

Observations —	Avant décrochage —		Après décrochage —	
	côté sain	*côté malade*	*côté sain*	*côté malade*
22. Mer. —	4	2	4	3,1/2
23. Fro. —	3	1,1/2	3	2,1/2
25. Met. —	2	1	2	1,3/4
26. Ach. —	1,3/4	1/4	1,1/4	1,1/4
27. Del. —	1,1/2	1/2	3	1,1/2
28. Ber. —	1	1/4	1	1/2

Trois cas de localisation au membre inférieur souligneront encore le rapport de cette épreuve oscillométrique avec la perfection de la récupération motrice.

Obs... Gog. — *Pied bot fonctionnel. Décrochage parfait, marche normale.*

Avant décrochage —		Après décrochage —	
côté sain	*côté malade*	*côté sain*	*côté malade*
3,1/2	2,1/2	4,1/2	4,1/3

Obs... Han. — *Pied bot organo-fonctionnel, marche imparfaite.* (Examen en période digestive)

Avant décrochage —		Après décrochage —	
côté sain	*côté malade*	*côté sain*	*côté malade*
10	5	10	7

Obs... Vua. — *Monoplégie crurale. Décrochage imparfait.*

Avant décrochage —		Après décrochage —	
côté sain	*côté malade*	*côté sain*	*côté malade*
5	2	5	4

Enfin dans le cas suivant concernant une main figée avec lésion artérielle, ligature de l'artère axillaire, on constatera que la récupération des troubles moteurs n'a amené aucune modification oscillométrique.

Obs... Cle. — *Main figée droite. Ankylose du coude à 100°.*

Avant décrochage —		Après décrochage —	
côté sain	*côté malade*	*côté sain*	*cèté malade*
4,1/2	1	4.1/2	1

Il y a donc pour la différenciation des microsphygmies d'origine artérielle, identité complète entre notre épreuve de la mobilisation active et l'épreuve du bain chaud de MM. Babinski et Heitz.

C. — Examens comparatifs de la mobilisation passive et active

Obs... Fol. — *Pied bot varus.*

	côté sain	*côté malade*
Avant traitement.	6	1,3/4
Après séance de marche avec le pied en varus.	7	2,1/2
Après traitement. Décrochage lent, la marche est encore imparfaite. . . .	6	4

Obs... Del. — Main figée partielle.

Avant traitement.	2	1
Mouvements passifs avant traitement .	2	1
Mobilisation active imparfaite	2	1,1/2
Après traitement :		
Motilité active subnormale	2	2

Ces observations montrent bien que les modifications oscillométriques sont en rapport étroit avec le degré et la perfection de la motilité active récupérée.

D. — Modifications oscillométriques par mobilisation active au cours de l'entraînement médical.

Dans une première catégorie nous énumérerons les malades qui, soit en raison de leur bonne volonté, soit en raison de l'absence de troubles articulaires gênants, ont fait correctement leurs exercices :

EXERCICES ACTIFS

Observations	Avant — côté sain	Avant — côté malade	Après — côté sain	Après — côté malade
Hou. —	1	1/4	1	1/2
Lou. —	1/2	1/8	3/4	3/4
Gaz. —	3	3/4	3	3
Ach. —	1	1/8	1	1
Pey. —	1,1/2	1/2	1,1/2	1,1/2
Bou. —	1,3/4	3/4	2,1/4	2.1/4
Bes. —	2	1,1/2	3,1/4	3,1/2
Pau. —	1,1/2	1,3/4	1,1/2	2,1/4
Val. —	3/4	1/4	3/4	3/4
	1/4	1/8	1	3/4

Dans les observations suivantes concernant des malades présentant pour la plupart des troubles articulaires, ou bien faisant imparfaitement leur entraînement médical, nous observerons que les amplitudes oscillatoires du côté malade n'atteignent pas celles du côté sain après la séance de mobilisation.

EXERCICES ACTIFS

Observations	Avant — côté sain	Avant — côté malade	Après — côté sain	Après — côté malade
Gan. —	2,1/2	1	3	1
Led. —	3,1/2	3/4	4	2,1/2
Rac. —	2,1/2	1/4	2,1/2	3/4
Bes. —	1,1/2	3/4	1,1/2	1.3/4
Cud. —	4	3/4	4	3/4
Lam —	1,1/2	1	2	1,1/2
Pet. —	3	3/4	3	3/4
Après travail prolongé.			1,1/2	3
Pio. —	1,3/4	3/4	1,3/4	1,1/2
Après travail prolongé.			3/4	3/4

En conséquence, nous voyons que l'augmentation d'amplitude des oscillations artérielles du côté malade est d'autant plus marquée que l'exercice actif est plus parfait, que cette perfection des mouvements soit permise par l'intégrité des articulations ou soit commandée par une volonté énergique chez des malades de bonne mentalité.

E. — Progression oscillométrique au cours de l'entraînement médical

Tous ces examens ont été faits, sauf quelques rares exceptions, dans des conditions d'heures et de température ambiante sensiblement semblables (dans la matinée, avant le repas de midi dans une chambre ayant une température de 8 à 10 degrés).

Observations	Dates	*Côté sain*	*Côté malade*
Bla. —	2 Août	3/4	3/4
	5 Novembre	2	2
Ach. —	16 Octobre	1,3/4	1/4
	14 Février	1,1/2	2
Ass. —	9 Novembre	2	3/4
	14 Février	1	2
Gau. —	10 Novembre	2	1
	14 Février	1	2
Sev. —	28 Novembre	1,1/2	1,1/4
	1er Décembre	1	1
	14 Février	1	1,1/4
Fro. —	26 Décembre	3	1,1/2
	14 Février	2	2
Val. —	16 Octobre	1/4	1/8
	5 Novembre	3/4	1/4
	20 Novembre	1,1/2	1,1/4
Temp. 2°	20 Novembre	1	3/4
	14 Février	1	1
Hou. —	18 Octobre	3/4	0
	3 Novembre	1	1/4
	5 »	1	1
	15 »	3/4	3/4
	14 Février	1/2	1/2
Bie. —	28 Août	3/4	1/4
	5 Novembre	1,1/2	3/4
Bes. —	13 Juin	2	1/2
	5 Novembre	3	1,1/2
	30 »	1,1/2	3/4
	7 Décembre	1,1/2	1,1/2

Observations	Dates	*Côté sain*	*Côté malade*
Lon. —	3 Août	1	1/8
	5 Novembre	2,1/2	3,1/2
Dar. —		1/2	1/4
	5 Novembre	3/4	3/4
	20 »	1,1/2	3
Bea. —	28 Novembre	2	1,1/2
	8 Janvier	3,1/2	3,1/2
Mou. —	15 Novembre	1/4	1/8
	20 »	1/2	1/2
Mer. —	26 Décembre	4	2
	14 Février	1,1/2	1,1/2
Cla. —	12 Juin	1/2	1/4
	14 Décembre	1,1/4	1,1/4

Dans cette catégorie, nous voyons une tendance très nette à l'égalisation progressive des oscillations artérielles au cours de l'entraînement médical.

Dans les cas suivants où les exercices, pour différentes raisons (articulaires, méiopragiques, mauvaises mentalités) se sont faits de façon plus imparfaite, nous voyons la persistance d'une microsphygmie mais proportionnellement moins marquée qu'au début :

Observations	Dates	*Coté sain*	*Côté malade*
Lap. —	10 Novembre	4	2
	14 Février	2	1,3/4
Nic. —	2 Décembre	4	3
	14 Février	2,1/2	1,1/2
Led. —	3 Octobre	3	1,1/2
	5 Novembre	3,1/2	3/4
	14 Février	3,1/2	2
Ber. —	18 Octobre	1	1/4
	5 Novembre	2	1
	14 Février	2	1,3/4
Rac. —	1er Septembre	1/2	1/4
	5 Novembre	2,1/2	1
	14 Février	2	1

Observations	Dates	*Côté sain*	*Côté malade*
Gui. —	23 Novembre	3/4	1/2
	14 Février	2	1,1/2
Del. —	29 Avril	1,1/2	1/2
	12 Juin	3,1/2	2
Fle. —	30 Novembre	1,1/2	3/4
	14 Février	2	1,1/2

Enfin le dernier cas nous montre qu'après une égalisation des oscillations correspondant à un bon entraînement, peut survenir à nouveau une microsphygmie sensible si le malade a cessé d'exercer sa main.

		Côté sain	Côté malade
Pau. —	8 Octobre	1,1/4	3/4
	3 Novembre	3	2,1/2
	20 »	1,1/2	3
	30 »	1,1/2	1,3/4
	7 Décembre	1,3/4	1,3/4

Jusqu'ici le malade a bien travaillé, la force musculaire a augmenté. Il part en convalescence, cesse d'exercer sa main, la force musculaire a diminué, les troubles vaso-moteurs se sont réaccentués.

	14 Février	2,1/2	1

Réentraînement médical.

	1er Mars	1	1

(Après exposition de 1/2 heure à l'air extérieur à une température de 0 degré). Il y a donc à nouveau *égalité oscillatoire*, même après réfrigération, c'est-à-dire stabilisation de l'équilibre vaso-moteur.

CHAPITRE VI

LE PRONOSTIC DES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE. LEUR AVENIR MILITAIRE

Le pronostic des Psychonévroses du type étudié ici (c'est-à-dire de l'hystérie ou du pithiatisme) est une question aujourd'hui encore fort discutée. Nous en voulons pour preuve la diversité des opinions émises par les auteurs sur l'avenir médical, social et militaire des psychonévrosés de guerre.

Ces divergences de vue proviennent pour une grande part des conceptions différentes émises sur la nature même des accidents hystériques, de l'importance que l'on donne à tels ou tels de leurs éléments composants (prédisposition héréditaire ou acquise, terrain, durée des accidents, etc.); en un mot de la place à donner dans le cadre nosographique à l'hystérie. Est-elle une maladie mentale, un état mental particulier de suggestibilité ou une simple prédisposition à la fabulation, à l'exagération, à la simulation ? Si l'on s'en tient à la conception que nous avons adoptée au début de ce volume, c'est-à-dire à celle du pithiatisme de Babinski (à quelques variantes près) : affection dont les accidents sont curables par la psychothérapie appliquée dans des conditions de temps et de milieu favorables, il ressort que le pronostic de l'hystérie, d'une façon globale devrait être essentiellement bénin.

Mais il est nécessaire d'apporter à cette notion d'ensemble de multiples correctifs fournis par des éléments de divers ordres en rapport pour la plupart avec les conditions actuelles de l'état de guerre, sinon l'on risque de méconnaître les différents facteurs qui entrent en jeu pour régler la guérison et par conséquent le pronostic de l'hystérie de guerre.

Voici quelques exemples destinés à montrer les variantes évolutives et par conséquent les difficultés d'établir un pronostic en matière de psychonévrose.

1° Un sujet atteint de monoplégie brachiale pithiatique se présente à la consultation d'un service Neurologique. Après examen, il est traité sur-le-champ et facilement guéri de sa paralysie. Peu de jours après il sort de l'hôpital, dirigé sur son dépôt, ou, si c'est aux armées, sur son corps de troupe. La guérison paraît être définitive et l'homme a repris sa place primitive à l'armée. Tels sont les cas que l'on observe encore quelquefois à l'intérieur, très souvent aux armées, lorsqu'on a affaire à des accidents récents, à des sujets « neufs », non encore cultivés par les longs séjours dans les services hospitaliers de l'intérieur.

2° Un blessé atteint de monoplégie brachiale flasque hystérique datant cette fois-ci de plusieurs mois, quelquefois même de un ou deux ans, est également guéri dans un Centre Neurologique d'une façon rapide et soudaine en une seule séance de traitement. Cette guérison obtenue aussi complètement et facilement que dans le cas précédent s'est maintenue pendant tout le séjour du malade dans le service ; elle a même résisté à une longue période de plusieurs mois d'entraînement médical ou militaire. Puis l'homme est sorti sur son dépôt, il aura pu même retourner aux armées, surtout si on a eu soin de modifier sa situation militaire, en le proposant pour un changement d'armes. Au bout d'un temps plus ou moins long, sans cause appréciable, ou à la faveur d'un traumatisme, le voici à nouveau hospitalisé dans un service médical, un Centre Neurologique, où l'on note la réapparition complète ou partielle de la monoplégie. Le médecin appelé à examiner ce malade aura bientôt fait de douter de la guérison antérieure et de taxer son confrère d'optimiste ; et de fait celui-ci qui, le plus souvent, n'a pas revu ce malade, continue à le faire figurer dans sa statistique de guérisons.

3° Il en sera de même de cet homme atteint d'une plicature, d'une main figée, d'un pied bot avec ou sans troubles organiques secondaires, ou encore de ce crisard chez lequel la guérison complète ou incomplète se sera maintenue pendant de très longs mois, tant que le sujet aura été sous l'influence ou la surveillance du médecin qui l'aura traité. Le plus souvent en effet les récidives, partielles ou complètes, apparaissent dès le retour au corps ou au dépôt.

4° Chez d'autres enfin c'est plus tôt encore qu'apparaissent les

récidives, quelques jours ou quelques semaines après le décrochage, au cours même de la période de fixation.

Tels sont les faits couramment observés en matière de psychonévrose et qui montrent combien il est difficile, sinon impossible, d'établir des statistiques et de se faire une opinion sur le pronostic des accidents psychonévrosiques de guerre.

Il nous est impossible notamment de suivre les sujets que nous avons traités et de connaître avec assez de détails leur avenir militaire pour pouvoir établir à l'appui de chiffres des statistiques suffisamment précises. Force nous est donc de nous borner à des impressions, et encore celles-ci pourront-elles varier suivant les auteurs à la faveur des conditions du moment ou des cas qu'ils auront eu à traiter; ou encore pour un même auteur suivant des séries plus ou moins heureuses ou malheureuses.

Pour notre part, nous sommes de plus en plus convaincus de la justesse des réserves prescrites par M. Grasset, à savoir qu'il faut se garder de considérer comme guéris des malades qui auront été « blanchis » de leurs accidents névropathiques. Il faut suivre longtemps les malades avant de pouvoir écarter toute chance de récidive, et c'est là une chose difficile à faire dans les conditions actuelles d'encombrement des Centres Neurologiques. L'organisation spéciale que nous avons pu instituer à Salins, la proximité d'un dépôt affecté uniquement aux psychonévrosés guéris nous ont permis de prolonger parfois fort longtemps ce temps d'observation. A ce faire, on tend à devenir de plus en plus réservé sur le pronostic global des hystériques et sur leur utilisation militaire.

Dans un autre ordre d'idées concernant les facteurs entrant en jeu dans la variabilité du pronostic, on dit souvent que celui-ci varie avec la *nature de l'accident :* les contractures paraissant par exemple plus rebelles que les paralysies.

L'un de nous (Roussy) avec Lhermitte avait d'abord soutenu cette opinion. Une observation plus prolongée portant sur plus de 1.500 cas de psychonévroses plutôt anciens et rebelles, nous a montré qu'en somme les caractères et la nature de l'accident psychonévrosique ne semblaient en rien régler par eux-mêmes le pronostic d'un accident hystérique dont l'évolution était avant tout régie par le terrain et l'état psychique du sujet.

On dit encore que l'*ancienneté* d'un trouble névropathique a son importance dans le pronostic. Il est évident que le pronostic global d'un accident hystérique récent et celui d'un accident hystérique invétéré, très ancien, sont tout différents. Le premier disparaît facilement et le plus souvent sans qu'il soit nécessaire de prendre aucune disposition spéciale. Le second au contraire demande une longue préparation et surtout l'établissement d'une atmosphère particulièrement favorable. Mais cette différence ne provient pas de la nature même du trouble pithiatique, mais bien du terrain et de l'état psychique qui peu à peu s'est modifié. Nous y reviendrons plus loin.

Pour essayer d'apporter quelque clarté dans la discussion du pronostic des psychonévroses de guerre en général, nous croyons qu'il est nécessaire de sérier les faits et d'envisager séparément tant au point de vue de la guérison que de l'utilisation militaire :

1° L'accident névropathique en lui-même, paralysie, contracture, crises de nerfs, etc. ;

2° Les troubles secondaires d'ordre anatomique, que cet accident névropathique a pu créer par sa longue durée ;

3° L'état psychique sur lequel est venu germer le trouble névropathique.

1° **L'accident névropathique** (contracture, paralysie, crises de nerfs, etc.). — Il est, de par sa définition même et de l'avis de tous les auteurs, susceptible de guérir par la psychothérapie. Ce qui ne signifie pas qu'il guérira toujours par ce procédé thérapeutique. Cette guérison, qu'il s'agisse d'une main figée, d'un pied bot, d'une plicature, d'une hémiplégie, d'une monoplégie, en somme d'un trouble quel qu'il soit implique la réduction de l'attitude vicieuse par disparition complète du trouble moteur et le retour à l'intégrité de la fonction du membre quant à l'amplitude, la rapidité des mouvements et la force musculaire. Il va sans dire que la guérison ainsi définie pourra présenter tout une gamme de nuances qui viendront en moduler le degré et la durée.

Dans son degré la guérison peut être complète ou incomplète.

Dans sa durée elle peut être passagère ou définitive.

2° **Les accidents secondaires.** — Leur pronostic varie suivan leur intensité, leur nature et leur degré.

Pour les *troubles vasculaires* ou *secrétoires*, les faits que nous avons été à même d'observer nous ont montré qu'ils étaient directement en rapport avec le trouble moteur. Après la disparition de celui-ci on note en effet des modifications considérables de ces troubles vaso-moteurs, puis leur atténuation et leur disparition plus ou moins rapide, suivant que la récupération motrice aura été plus ou moins complète. Il en est de même pour les *troubles trophiques cutanés*, pour ceux *des phanères*, *des ongles*, *des poils* qui eux aussi sont directement liés à l'inutilisation du membre, nous l'avons vu et s'atténuent après la guérison du trouble moteur.

Quant à l'*amyotrophie* il va sans dire que son pronostic est plus réservé et qu'elle demande de longs mois pour s'atténuer, après la guérison du trouble moteur. Enfin les rétractions musculo-tendineuses et les raideurs articulaires ne seront également modifiées qu'à la longue et peuvent même souvent constituer des désordres définitifs, de véritables reliquats organiques irréductibles, tout comme dans les rétractions dues aux raideurs consécutives aux fractures non mobilisées à temps.

D'où il ressort au point de vue du pronostic en général de ces troubles secondaires qu'il doit être plutôt réservé dans les cas graves.

Mais il faut bien se rappeler que ce pronostic n'est pas uniforme et que l'on aurait tort de l'englober dans une même formule. Pour les uns on peut, on doit obtenir à plus ou moins longue échéance une rétrocession complète ; pour les autres au contraire leur présence vient assombrir notablement le pronostic de certaines manifestations hystériques et compromettre l'utilisation ultérieure d'un membre en créant des impotences définitives.

3° **L'état mental.** — C'est le facteur dominant et essentiel, nous l'avons dit, dans la genèse des accidents psychonévrosiques. C'est lui qui permet l'*éclosion*, explique la *fixation* et règle la *guérison* d'un trouble pithiatique. C'est à lui que sera indirectement subordonnée la rétrocession des accidents secondaires. Il devra donc être pris en sérieuse considération, en matière de pronostic

d'un psychonévrosé. Que cet état mental soit acquis ou constitutionnel, il n'en conserve pas moins toute sa valeur. La tare psychique souvent latente ne pourra se révéler qu'à l'occasion d'un trouble névropathique qui par son apparition et surtout par sa longue persistance (pathoculture) viendra à son tour développer cet état mental. Ceci nous explique en quoi et pourquoi le pronostic d'un accident psychonévrosique observé aux armées est totalement différent des troubles invétérés constatés dans les centres de l'intérieur.

Nous y avons suffisamment insisté dans le cours de ce volume (Voir chapitre V) pour qu'il soit utile d'y revenir ici.

Lorsqu'on porte le champ d'observation sur un très grand nombre de psychonévroses de guerre, surtout lorsqu'il s'agit de cas anciens, et qu'on cherche à faire l'étude psychologique de ces sujets, on est frappé du grand nombre de ceux présentant des tares psychiques. Beaucoup de ces malades, avons-nous vu, sont des débiles, des dégénérés, des éthyliques chroniques; d'autres des anormaux qui déjà avant la guerre ont vécu en marge de la société. Rien d'étonnant que chez ces tarés psychiques qui forment la grande majorité de nos psychonévrosés de guerre, les moyens thérapeutiques dont nous disposons n'aient souvent que bien peu d'effet.

Si maintenant on revient aux pronostic des psychonévroses de guerre dans leur ensemble, on conçoit les raisons multiples qui viennent l'assombrir. S'il est possible le plus souvent de guérir l'accident hystérique et même les troubles secondaires, s'il est possible quelquefois de modifier l'état mental de tels sujets, surtout lorsque la tare psychique est peu prononcée et que l'on a eu soin de se placer dans des conditions particulièrement favorables à l'action psychothérapique, il faut bien avouer que dans la grande majorité des cas on est complètement désarmé pour la modification du terrain. C'est pourquoi l'avenir militaire de ces sujets est si variable, et, il faut bien le dire, si souvent décevant!

Utilisation militaire des hystériques. Conduite à tenir à leur égard au point de vue médico-militaire. — La question de l'utilisation militaire des hystériques a été

posée nombre de fois devant la Société de Neurologie depuis le début de la guerre. De ces différentes discussions il résulte :

1° Qu'il faut traiter et guérir ces malades parce qu'ils sont atteints d'affections essentiellement curables. Il est donc de toute utilité de chercher à les débarrasser des accidents névropathiques dont ils sont atteints, le plus rapidement possible. Nous avons vu dans cet ordre d'idées le rôle favorable joué par les Centres Neurologiques d'armée et de l'intérieur.

2° Il faut ensuite s'efforcer de renvoyer ces malades à l'armée ; c'est là une nécessité actuelle qui s'impose dans le but de concourir à renforcer le plus possible les effectifs. Mais quel sera l'avenir militaire de tels hommes ? Sont-ils effectivement récupérables pour l'armée ? Vont-ils pouvoir reprendre leur place dans la tranchée ? Ce sont là des questions que tous les Neurologistes se sont posées sans être en mesure jusqu'ici d'y répondre, faute de documents suffisamment précis.

Il faut tenir compte aussi dans l'utilisation militaire de tels sujets ainsi rendus à l'armée, qu'interviennent une série de facteurs qui ont leur importance : tel homme bien encadré, amalgamé dans une troupe à moral particulièrement bon, tiendra certainement plus honorablement sa place que s'il tombe dans un mauvais milieu. On conçoit d'autre part que les commandants des troupes combattantes ne voient pas arriver sans appréhension de tels sujets qui, à leur tour, risquent à un moment critique de devenir pour leurs camarades de fâcheux exemples. On voit immédiatement combien le problème est difficile à résoudre et l'on comprend dans une certaine mesure que certains neurologues aient pu aller jusqu'à proposer l'utilisation pure et simple à l'intérieur de tous ces hystériques ainsi récupérés. Evidemment cette mesure éviterait en grande partie les récidives en même temps qu'elle faciliterait certainement les guérisons. Mais quel déplorable exemple et quelle mauvaise œuvre prophylactique !

Du point de *vue social*, la question mérite aussi d'être envisagée, car notre but n'est pas uniquement de refaire des combattants au front, mais aussi de récupérer dans la mesure du possible des hommes pour les services de l'arrière et pour ceux de l'intérieur. Il faut envisager aussi le point de vue économique

qui n'est pas négligeable : en supprimant des pensions, en diminuant le taux des gratifications, on allège d'autant plus les charges de l'Etat.

Les échecs. — En présence de cas d'échec, de sujets qui ont passé des années dans des séries de services successifs, même dans les Centres spéciaux de rééducation fonctionnelle, sans aucun profit, que convient-il de faire ?

On sait qu'à plusieurs reprises, dès 1915, la Société de Neurologie de Paris, dans les vœux adressés à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, a insisté tout particulièrement sur la nécessité qu'il y avait à ne pas réformer de tels sujets. C'était là une mesure sage, surtout au point de vue prophylactique. Mais les années de guerre se succédant, on a vu monter progressivement le flot de ces récalcitrants qui, en même temps qu'ils encombraient les Centres de l'intérieur, constituaient pour les malades nouveaux de fâcheux exemples ; aussi à l'heure actuelle n'est-il plus possible de se limiter à une formule aussi restreinte. Force est donc, à un moment donné, et en désespoir de cause, de prendre à l'égard de tels sujets des mesures en vue de leur liquidation.

Voici comment nous avons procédé dans notre centre spécial des Psychonévroses.

Pour une première catégorie de malades, constituant soit des échecs partiels, soit des échecs totaux, mais se reportant à des sujets atteints de troubles moteurs localisés, tels qu'une contracture ou une paralysie de la main ou du pied, ou d'un autre fragment de membre, une boiterie, etc., nous avons pensé qu'en présence d'une impotence fonctionnelle limitée et souvent discrète de tels hommes pouvaient être parfaitement envoyés au front, une fois classés service auxiliaire. Le renvoi dans la zone des armées, si possible près de la ligne de feu, où ils seraient utilisés aux différents services annexés aux troupes combattantes constituerait à l'égard des récalcitrants un exemple réellement très utile et une heureuse mesure prophylactique. C'est donc avec de telles propositions que nous avons dirigé un certain nombre de nos malades sur les Centres spéciaux de réforme, mais nous ignorons ce qu'ils sont devenus.

Pour une deuxième catégorie de malades constituant les

grands impotents, les paralytiques, les grands trembleurs, les staso-basophobes, etc., ayant résisté depuis deux ou trois ans à toute thérapeutique bien ordonnée, nous avons proposé la réforme temporaire, en ayant soin de mettre dans nos certificats de spécialiste des considérants tels que les médecins-experts et les commissions de réforme ne puissent leur attribuer qu'un taux de gratification très minime (10 0/0). Il serait même à désirer, au simple point de vue prophylactique, qu'il n'y ait pas de gratification.

Il va sans dire que cette mesure n'est que toute provisoire, elle n'est qu'un pis aller *excusable,* mais non *recommandable.*

Ce qu'il conviendrait de faire, ce serait tout d'abord de procéder à un classement minutieux de ces cas d'échec pour ne laisser profiter des avantages d'une réforme que ceux chez lesquels il existe réellement un état mental déficiant. Pour les autres, devenus de véritables exagérateurs ou simulateurs, il faudrait que l'*Etat* et l'*Armée* prissent des mesures au moins comparables à celles que l'on prenait à leur égard dans le temps de paix. De tels sujets ne relèvent plus du *Service de Santé*, mais bien du *Commandement militaire*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE [1]

Babinski. — Définition de l'Hystérie. — *Société de Neurologie*, 7 novembre 1901.

— Les caractères des troubles moteurs (paralysies, contractures, etc...) dits « fonctionnels » et la conduite à tenir à leur égard. — *Société de Neurologie*, 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, avril-mai 1916, p. 521.

Babinski et Dagnan-Bouveret. — Emotion et hystérie. *Journal de Psychologie normale et pathologique*, mars-avril 1912.

Babinski et Froment. — Les modifications des réflexes tendineux pendant le sommeil chloroformique et leur valeur en sémiologie. *Académie de Médecine*, 19 octobre 1915.

— — Sur une forme de contracture organique d'origine périphérique et sans exagération des réflexes. *Société Neurologique*, 4 novembre 1915.

— — Paralysie et hypotonie réflexe avec surexcitabilité mécanique, voltaïque et faradique des muscles. *Académie de Médecine*, 11 janvier 1916.

— — Contractures et paralysies traumatiques d'ordre réflexe. *Presse Médicale*, n° 11, 24 février 1916.

— — Troubles nerveux d'ordre réflexe ou syndrome d'immobilisation. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 914.

— — Abolition du réflexe cutané plantaire, anesthésie associée à des troubles vaso-moteurs et à de l'hypothermie d'ordre réflexe. *Revue Neurologique*, n° 6, p. 918.

— — Contribution à l'étude des troubles nerveux d'ordre réflexe. Examen pendant l'anesthésie chloroformiaque. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 925.

---

(1) Nous ne donnons ici que les indications bibliographiques concernant les auteurs et les travaux cités dans ce volume. En ce qui concerne la bibliographie complète de la question des Psychonévroses de guerre, le lecteur pourra consulter les livres parus dans cette même collection de Babinski et Froment, Roussy et Lhermitte, J. Lépine, A. Léri. Consulter aussi la collection de la Neurologie de guerre, de la *Revue Neurologique*, 1914-1918.

— — A propos de la communication de Roussy et Boisseau sur le pronostic et le traitement des troubles physiopathiques. *Soc. de Neurologie*, séance du 7 juin 1917, *Revue Neurologique*, n° 6, 1917, p. 527.
— — Troubles physiopathiques d'ordre réflexe. Association de l'hystérie. Evolution. Mesures médico-militaires. *Presse Méd.*, 9 juillet 1917.
— — Hystérie. Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe. 2ᵉ édit., Masson, édit. 1918, coll. Horizon.
Babinski et Heitz. — Oblitération artérielle et troubles vaso-moteurs d'origine réflexe ou centrale. Leur diagnostic par l'oscillométrie et l'épreuve du bain chaud. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 14 avril 1916.
Babinski, Froment et Heitz. — Des troubles vaso-moteurs et thermiques dans les paralysies et les contractures d'ordre réflexes. *Annales de Médecine*, n° 5, septembre-octobre 1916.
Boisseau (J.) et d'Œlsnitz (M.). — Les troubles moteurs des « mains figées » sont-ils ou non pithiatiques ? *Paris-Médical*, déc. 1917.
Boveri. — Discussion. Séance du 6-7 avril 1916, p. 568. *Revue Neurologique*, avril-mai 1916.
Broca (A.). — Troubles locomoteurs consécutifs aux plaies de guerre. Coll. Horizon, Masson, édit., 1918.
Camus (J.). — Discussion. *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, n° 4-5, 1916, p. 540.
Claude et Lhermitte. — Les modifications dynamogéniques des centres nerveux inférieurs dans les paralysies ou dans les contractures fonctionnelles. *Presse Médicale*, n° 1, 1918.
Courjon (J.). — A propos des paralysies dites réflexes. *Soc. de Neurologie*, séance du 9 novembre 1916. *Revue Neurologique*, nᵒˢ 11-12, p. 534.
Cottet. — Syndrome d'acroparesthésie a frigore et gelures des pieds. *Presse Médicale*, 10 septembre 1917.
Cullerre (A.). — « Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses ». *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*. Pau, 1905.
Cullerre (René). — « Des rétractions tendineuses et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses ». *Thèse de Paris*, 1908.
Dénéchau et Mattrais. — Les gros ventres de la guerre, leur pathogénie, les erreurs qu'ils entraînent. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 décembre 1916 et *Annales de Médecine*, mars-avril 1917, p. 147.
Dejerine et Gauckler. — Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie. Masson, édit. 1911.
— — Le traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux. *Presse Méd.*, n° 64, 30 déc. 1915, p. 521.
Dide. — Discussion séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nᵒˢ 4-5, p. 598.

DUMAS (G.). — Discussion, *Société Neurologique*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nos 4-5, p. 593.
— Les troubles mentaux et la guerre. *Revue de Paris*, 15 juin-15 juillet 1916.
DUPRÉ (E.). — Discussion. *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nos 4-5, p. 595.
FERRAND (J.). — Y a-t-il des hystéro-traumatismes différents en temps de paix et en temps de guerre ? *Revue de Médecine*, nos 5 et 6, mai-juin 1916.
GOUGEROT (H.) et CHARPENTIER (A.). — Paralysies réflexes et troubles trophiques réflexes consécutifs aux blessures des extrémités. Contribution à l'étude des névralgies et névrites ascendantes. *Annales de Médecine*, mai-juin 1916, p. 269.
GRASSET. — Les Psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 1er avril 1915.
— Le traitement des psychonévroses de guerre. *Presse Méd.*, 28 octobre 1915.
— Les névroses et psychonévroses de guerre. Conduite à tenir à leur égard. Rapport à la *Soc. de Neurol.*, 15 décembre 1916.
— Les grands types cliniques de psychonévroses de guerre. Réunion médicale de la 16e Région, 22 janvier 1917
GUILLAIN (G.) et BARRÉ (J.-A.). — La névrite irradiante. *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 7 avril 1916.
LÉRI et ROGER. — Sur quelques variétés de contractures post-traumatiques et sur leur traitement. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 octobre 1915 et *Paris Médical*, janv. 1916, n° 1.
LAIGNEL et COURBONT. — Essai sur l'insincérité sur les accidents de la guerre. *Paris Médical*, 1917, 7 juillet.
LERICHE. — Sympathectomie péri-artérielle et ses résultats. *Presse Médicale*, 10 sept. 1917.
LONG et JACQUIN. — L'état mental dans les psychonévroses. *Bull. de la Réunion Médico-Chirurgicale de la 7e région*, n° 4 ; séance du 15 avril 1918.
MEIGE (H.). — Les tremblements consécutifs aux explosions (tremblement, tressaillement, trémophobie). *Revue Neurologique*, février 1916, n° 2, p. 201.
— De certaines boiteries observées chez les blessés. Remarques morphologiques et physiologiques. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 939.
MEIGE (H.), BÉNISTY (Mme) et LÉVY (Mlle). — Impotence de tous les mouvements de la main et des doigts avec intégrité des réactions électriques (main figée) *Revue Neurologique*, n° 6, p. 1273.
MARIE (P.) et FOIX. — Sur une forme spéciale de parésie paratonique de la main. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 février 1916.
MIRAILLÉ. — Paralysies réflexes. *Revue Génér. de Pathologie de guerre*, n° 1, oct. 1916, Vigot édit.
NAVILLE (E.). — Le traitement et la guérison des Psychonévroses de

guerre invétérées à l'Hôpital St-André-de-Salins. *Correspondenz-Blatt fur Schweizer Aerzte*, 1918, n° 25.

D'ŒLSNITZ (M.) et BOISSEAU (J.). — Note sur les résultats des recherches oscillométriques pratiquées dans 100 cas de mains figées et dans 27 cas de pieds bots psychonévrosiques. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, nos 31-32, 29 nov. 1917, p. 1147.

POROT (A.). — Discussion. *Soc. Neurologie*, séance 6-7 avril 1916, *Revue Neurologique*, nos 4-5, p. 598.

— — Discussion. *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nos 4-5, 1916, p. 603.

RIMBAUD. — Le traitement des Psychonévroses de guerre et des troubles nerveux dits « réflexes ». Une visite au Centre de Neurologie de la 7e Région. *Marseille Médical*, n° 27, 1er octobre 1917, p. 820.

DE ROSSELLE et OBERTHUR. — Discussion. *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916 ; *Revue Neurologique*, nos 4-5, 1916, p. 598.

ROUSSY (G.). — Un cas de paraplégie hystérique datant de 21 mois avec gros troubles vaso-moteurs, thermiques et secrétoires des extrémités inférieures (*Société de Neurologie*, séance du 3 mai 1917 ; *Revue Neurologique*, nos 4-5, avril-mai 1917).

ROUSSY (G.) et BOISSEAU (J.). — Un Centre de Neurologie et de Psychiatrie d'Armée. *Paris-Médical*, n° 1, 1916, pp. 14-20.

— — Deux cas de pseudo-commotion labyrinthique par éclatement d'obus à distance (commotion labyrinthique persévérée, simulée ou suggurée). *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 11 mai 1917, p. 671.

— — Sur le pronostic et le traitement des troubles nerveux dits réflexes. *Soc. de Neurologie*, séance du 7 juin 1917, *Revue Neurologique*, n° 6, juin 1917.

ROUSSY (G.), BOISSSEAU (J.) et D'ŒLSNITZ (M.). — Sur l'influence du facteur psychique dans la guérison des accidents psycho-névrosiques de guerre (*Société de Neurologie*, séance du 5 juillet 1917, *Revue Neurologique*, n° 6, juin 1917).

— — — Les acro-contractures, les acro-paralysies (Mains figées et pieds-bots varus psychonévrosiques). *Annales de Médecine*, n° 5, sept.-oct. et n° 6, nov.-déc. 1917).

— — — La Station Neurologique de Salins (Centre des Psychonévroses) après trois mois de fonctionnement. *Bull. de la Réunion médico-chirurgicale de la 7e Région*, n° 6, 15 juin 1917, p. 187.

ROUSSY (G.), BOISSEAU (J.) et DUCRUET. — Résultats de la première semaine de fonctionnement, 26 pithiatiques invétérés guéris. *Réunion médico-chirurgicale de la 7e Région*, n° 3, 15 mars 1917).

— — — Présentation de quelques pithiatiques invétérés guéris. Deux cas de gros ventres de guerre avec paraplégie. — Une plicature particulièrement intense. — Un cas de main en col de cygne (*Bull. de la Réunion médico-chirurgicale de la 7e Région*, n° 5, 15 mai 1917.

ROUSSY (G.), BOISSEAU (J.) et D'ŒLSNITZ (M.). — Sur le traitement par la psychothérapie des acro-contractures et des acro-paralysies (A propos de 141 cas de mains figées et de 56 cas de pieds bots varus. Projec-

tions cinématographiques). *Société Neurologique*, nov. 1917. *Revue Neurologique*, nov.-déc. 1917.

Roussy (G.), Boisseau (J.), Cornil (L.). — Pseudo-tympanites abdominales hystériques. « Les catiémophrénoses ». *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 11 mai, nos 15-16, 1917.

Sicard (J.-A.). — L'alcoolisation tronculaire au cours des acro-myotonies rebelles du membre supérieur. *Paris-Médical*, 3 juin 1916.

Sicard, Roger et Simonin. — Troubles circulatoires dans les acrocontractures ; adrénalisation musculaire directe et réactions électriques. *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 29 juin 1917.

Sollier (M.). — Discussion, *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nos 4-5, 1916, p. 558.

Souques et Mme Rosanoff-Saloff. — La camptocormie. Incurvation du tronc consécutive aux traumatismes du dos et des lombes. *Soc. de Neurologie*, 4 novembre 1915. *Revue Neurologique*, nos 23 24, 1915, p. 937.

Tinel (J.). — Les blessures des nerfs. *Sémiologie des lésions nerveuses périphériques par blessures de guerre* ; Masson, édit., 1916 ; pp. 84-95.

— Discussion *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nos 4-5, 1916, p. 546.

Thomas (A.). — Discussion *Société de Neurologie*, séance du 6-7 avril 1916. *Revue Neurologique*, nos 4-5, 1916, p. 542.

Vallobra. — Sur les troubles nerveux dits de « nature réflexe » en Neurologie de guerre. *Presse Médicale*, 8 avril 1918, no 20. *Policlinico*, sezione medicale, vol. XXIV, fasc. 9, 1917, sept., pp. 349-370.

Vincent (C.). — La rééducation intensive des hystériques invétérés. *Bull.* et *Mém. Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 21 juillet 1916.

— Note sur le traitement de certains troubles fonctionnels. *Soc. de Neurologie*, 29 juin 1916.

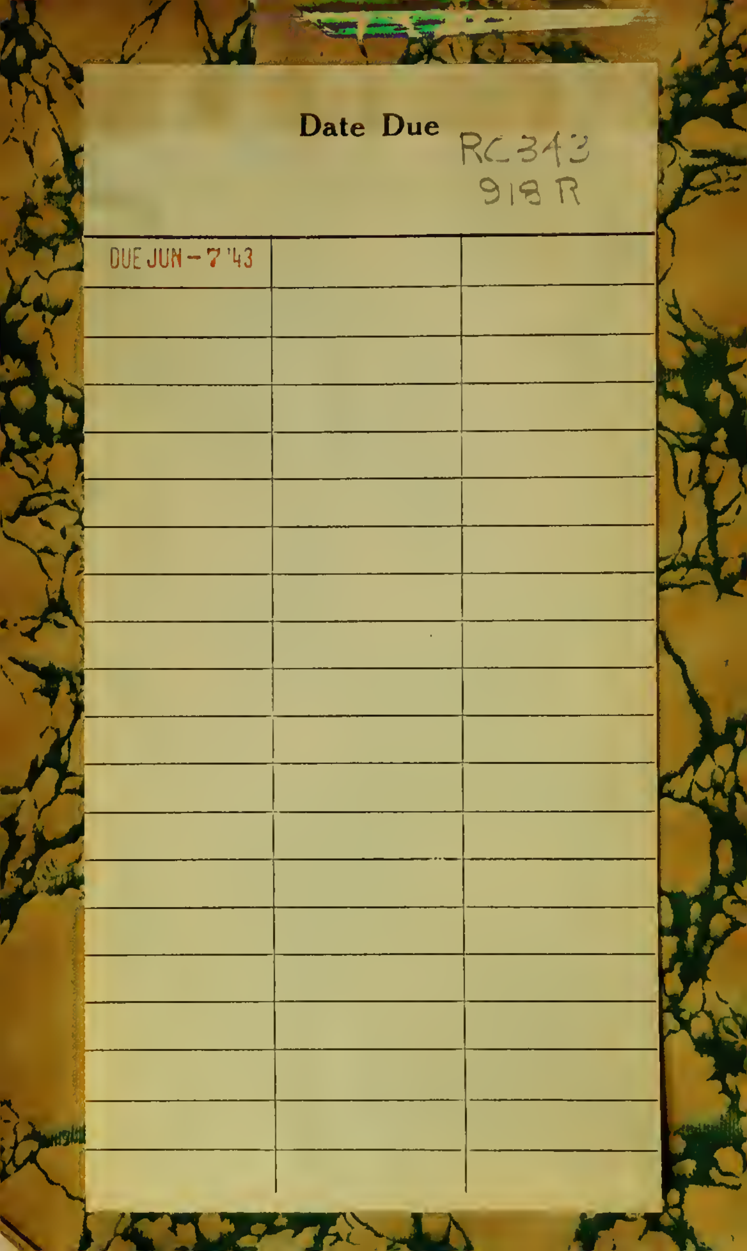
— Le traitement des phénomènes hystériques par la rééducation intensive. Tours, Arrault et Cie, juin 1916.

— Sur le traitement et le pronostic des phénomènes physiopathiques. *Société de Neurologie*, séance du 7 juin 1917, *Revue Neurologique*, no 6, 1917, p. 557.

— Sur le pronostic des troubles réflexes. *Société de Neurologie*, séance du 11 avril 1918, nos 3 et 4, 1918, p. 197.

TABLE DES MATIÈRES

LAVAL. — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD ET Cie.


Date Due
RC343
918R
DUE JUN - 7 '43

